

Anlage zum Antrag auf Beihilfe

vom (TT MM JJJJ)

Hinweis: Bitte diese Anlage nur bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen zusammen mit dem Beihilfeantragsvordruck LBV 301 einreichen!

Beleg-Art **302 / 10**

Personalnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1	Angaben zu Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin , Ihrem Ehegatten/Lebenspartner		
	Name, Vorname	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)	Heirat/Verpartnerung (TT MM JJJJ)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2	Angaben zum Kind/zu Kindern	
	Name, Vorname	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3	Bitte kreuzen Sie die Art des Krankenversicherungsschutzes an und fügen Sie Nachweise über Art, Höhe und Zeitpunkt bei.								
	(Bitte geben Sie bei Kindern den Vornamen an)	Private Versicherung				Gesetzliche Krankenkasse			
Prozent-tarif		Sonstiger Tarif	Standard-tarif / Basistarif	Zusatz-tarif ¹⁾	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		
							A	E/LP	
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/Ehegattin (E) Lebenspartner/in (LP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹⁾ Hierunter fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Zusatzversicherungen für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen (AR) o.ä. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Pflegefalltagegeldversicherung, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

LBV 301 ANLAGE - 04/16

4	Haben Sie, Ihre Ehegattin/Lebenspartnerin, Ihr Ehegatte/Lebenspartner, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder einen Anspruch auf		
	a) Heilfürsorge nach Beamten-/Soldatenrecht (Polizei-/Feuerwehrbeamte, Soldaten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen
	b) Krankenhilfe , z.B. nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs-, Entwicklungshilfegesetz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen

5	a) Waren Sie bereits am 31.12.2012 im Geltungsbereich der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen							
	Falls bekannt, bitte frühere Personalnummer angeben	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
	b) Waren Sie am 31.12.2012 im Geltungsbereich eines anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen							

6	Waren bei Ihnen mindestens drei Kinder – ggf. auch zu unterschiedlichen Zeiten – im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen
---	---	-------------------------------	--

7	Haben Sie/Ihre Angehörigen eine weitere eigene Beihilfeberechtigung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen
	Name/n der beihilfeberechtigten Person/en		

8	Ist/Sind Ihr/e Kind/er bei einer anderen beihilfeberechtigten Person (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; bitte Nachweis beifügen
	Name/n des Kindes/der Kinder		

9	Haben sich sonstige beihilferelevante Änderungen bei Ihnen oder Ihren Angehörigen ergeben?