

PFBB

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Maximilianstraße 53  
81537 München

Versicherungsnummer

Antragssumme

## Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen

### 1. Persönliche Daten

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten  Geburtsdatum

Straße, Hausnummer  Postleitzahl, Ort

Telefon  E-Mail-Adresse  Telefax

#### Bankverbindung (BITTE IMMER AUSFÜLLEN)

Kontoinhaber  Kreditinstitut

IBAN  BIC

### 2. Antragsteller

Beamter  Angestellter/Arbeiter  Angestellter mit beamt. Versorg./DO-Angest.  Saisonarbeiter  Vers.-Empf./Rentner

auf Widerruf  seit

Beschäftigungsbeginn  Dienstherr/Arbeitgeber   vollzeitbeschäftigt  teilzeitbeschäftigt

Bei Teilzeitbeschäftigten: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt  Wochenstunden  Altersteilzeit (auch aktive Phase)  seit  Wochenstunden

in Elternzeit  von  bis   mit  ohne Beschäftigung  Beschäftigungsverhältnis endet zum

Familienstand  ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft  geschieden  verwitwet  seit

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe  seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen  Rente  Vollwaisengeld

### 3. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/ingetr. Lebenspartners  Geburtsdatum

Berufstätig in den letzten 12 Monaten?  nein  ja

Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung  Angestellter/Arbeiter  Hausfrau/mann  in Elternzeit

selbst./freiberufl.  Rentner

Arbeitgeber  tätig seit

Eigener Beihilfeanspruch?  nein  ja  seit wann  Wo.-Std.

Teilzeitbeschäftigt?  nein  ja

Dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen im Vorvorkalenderjahr  über 20 878 Euro\*  unter 20 878 Euro\* (Stand 2024) – nur bei Beihilferecht Bayern ankreuzen

im Vorvorkalenderjahr  über 18 000 Euro  unter 18 000 Euro – nur bei Beihilferecht Thüringen ankreuzen

\*Vgl. auch Nr. 3 der Hinweise zum Erstattungsantrag auf der letzten Seite

PFBB

FNR326360

Seite 1 von 3 Seiten

**BITTE IMMER AUSFÜLLEN**

**4. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder bzw. Kinder, für die Kindergeldanspruch besteht (auch Kinder, für die bei einer zweiten Berufsausbildung oder einem Zweitstudium nur wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit kein Kindergeld zusteht).**

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname		Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld?	Art der Ausbildung (Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium)	von	bis
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehrdienst) Vorname  seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung Vorname  seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? Vorname  seit   
Arbeitgeber

**5. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?**

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Private Zusatzversicherung	Bei privater Krankenversicherung ▪ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				Nicht versichert
	pfllicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)**

nein  ja Wer gewährt den Zuschuss?  Arbeitgeber  Rentenversicherungsträger

Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl.  Euro seit  Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)

Ehegatte/eingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses mtl.  Euro seit  mtl.  Euro

**7. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger**

einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug?

nein  ja ▶ **▪ Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.**

**8. Nur ausfüllen bei Unfällen (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)**

Es handelt sich um  einen Dienstatunfall  einen Arbeitsunfall/Schulunfall  einen Privatunfall  eine Berufskrankheit  ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum  Liegt ein Fremdverschulden vor?  nein  ja Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?  nein  ja

Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr.  Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!

Gegebenenfalls Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen angeben:

**9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen**

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person)?

nein  ja Name des nahen Angehörigen

