

Antrag für das Werk gegenseitiger Hilfe grün

Eingangsstempel der Festsetzungsstelle

Werk gegenseitiger Hilfe
Postfach 1840
67607 Kaiserslautern

Name, Vorname: _____
Personal-Nr.: _____
Dienststelle: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail-Adresse (privat): _____

<input type="checkbox"/> Vollzeit seit: _____	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit: _____	Wo.-Std./seit: _____	<input type="checkbox"/> ATZ oder	<input type="checkbox"/> i. R. seit: _____	
ohne Bezüge beurlaubt von: _____		bis: _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund	
Ich bin	<input type="checkbox"/> ledig/seit: _____	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verpartnert	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Name und Vorname Ehegatte/in, Lebenspartner/in: _____		berufstätig: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit	seit: _____	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit _____	Wo.-Std. seit: _____	
Ehegatte/in, Lebenspartner/in im Öffentlichen Dienst: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Im kirchlichen Dienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diesen Bereich bitte nur ausfüllen, wenn auch für Ehegatten/Ehegattinnen oder Lebenspartner/Lebenspartnerinnen Aufwendungen geltend gemacht werden! In Krankheits- und Pflegefällen sind nach § 4 Abs. 1 BVO i.V.m. § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG Aufwendungen von Ehegattinnen/Ehegatten oder Lebenspartnerinnen/Lebenspartnern dann beihilfefähig, wenn die steuerlichen Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a EStG) oder vergleichbare ausländische Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages insgesamt folgende Beträge nicht übersteigen: a) bei nach dem 31. Dezember 2011 eingegangenen Ehen und Lebenspartnerschaften 17.000,00 Euro, b) bei vor dem 1. Januar 2012 eingegangenen Ehen und Lebenspartnerschaften und Begründung des Beihilfeanspruchs nach dem 1. Januar 2012 17.000,00 Euro und c) in allen übrigen Fällen 20.450,00 Euro (Altfälle)					
Arbeitgeber des/der Ehegatten/in, Lebenspartners/in: _____		krankenversicherungspflichtig	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ruhegehalt	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Rente	
Ohne Bezüge beurlaubt von: _____		bis: _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund	

Folgende Kinder sind im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe eigener Einkünfte nicht berücksichtigt:

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Zusätzliche Angaben für Kinder über 18 Jahre			Familienzuschlag erhält*
		Schule/Studium/Ausbildung/BuFDi	von:	bis:	
1)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
2)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
3)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
4)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E
5)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E

Wie sind Sie und Ihre Angehörigen versichert?

Bezeichnung der Krankenversicherung	Werk ge- genseitiger Hilfe	Pflichtversichert bei:	freiwillig versichert bei:			als Student/ Rentner krankenversichert bei:	Zuschuss zur KV wird ge- währt in Höhe von Euro:
			Private Krankenkasse	Höhe des Prozenttarifs	Ersatzkasse AOK, BKK		
Antragsteller/in	<input type="checkbox"/>						
Ehegatte/in/Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>						
Kind 1	<input type="checkbox"/>						
Kind 2	<input type="checkbox"/>						
Kind 3	<input type="checkbox"/>						
Kind 4	<input type="checkbox"/>						
Kind 5	<input type="checkbox"/>						

*) Bitte Abkürzungen benutzen (A, E, K1, K2 usw.) A0 Antragsteller/in, E= Ehegatte, Ehegattin, Lebenspartner/in, K=Kind

☐ nein ☐ ja wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ Belegnummer: _____

Bitte auf einem gesonderten Blatt den Unfallhergang kurz schildern. Bei Fremdverschulden benötigen wir die Angabe der beteiligten Personen, der Anschrift des Ersatzpflichtigen (Schädigers, Verursachers bzw. dessen Versicherung).

[illegible]

!!! Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt auf das Bezügekonto (§ 63 Abs. 1 BVO) !!!

Nur in Fällen der Überleitung nach SGB XII, bei einem Kontowechsel während einer Beurlaubung ohne Bezüge oder beim Erlöschen des Kontos in Todesfällen ist die Zahlung auf ein anderes Konto möglich.

☐ ja, es liegt einer der vorgenannten Fälle vor und ich beantrage die Auszahlungen auf ein anderes Konto
(bitte beachten Sie, beim Erlöschen des Kontos im Todesfall müssen die gesetzlichen Vorschriften gegeben sein und uns der Erbschein vorgelegt werden.)

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt bzw. gezahlt.

Datum: _____

Unterschrift: