

Dieser Vordruck ist von der mitteilenden Dienststelle bei erstmaliger Antragstellung und bei jeder Änderung in den persönlichen Verhältnissen auszufüllen und muss im Original vorgelegt werden



Bitte unbedingt angeben

Mitteilende Dienststelle	Telefon	Ort, Datum
	Bearbeiter/in	Bearbeitungsnummer /Arbeitsgebiet

Stammdaten zum Beihilfeantrag

Bitte füllen Sie diesen Vordruck vollständig aus. Wir bitten um genaue Datumsangabe.

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten		Geb.Datum																			
<input type="checkbox"/> Beschäftigte/r in der Entgeltgruppe TVL seit <input type="checkbox"/> Beamter/in in BesoldungsgruppeLBesGBW seit..... <input type="checkbox"/> außertarifliches Entgelt ggf. entsprechend TVL/LBesGBW Grundgehaltseit		Krankenversicherung (bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> privatversichert % <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert Krankenkasse:																			
In unserer Einrichtung beschäftigt seit <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in		<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> Zuschuss zur Krankenversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		T	T	M	M	J	J												
T	T	M	M	J	J																
Vollzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Elternzeit vom bis																			
Teilzeitbeschäftigt ab <table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> Std.zahl		T	T	M	M	J	J	regelmäßige Wochenarb.zeit													
T	T	M	M	J	J																
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet /eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden/Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> verwitwet seit <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> seit <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> seit <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>				T	T	M	M	J	J	T	T	M	M	J	J	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J																
T	T	M	M	J	J																
T	T	M	M	J	J																
Name, Vorname der/des Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartnerin/Lebenspartners (Hinweis: Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben).		Geburtsdatum																			
Im öffentlichen Dienst beschäftigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Eigener Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dienststelle:		Krankenversicherung (bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> privatversichert % <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert Krankenkasse: seit <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> In den Zuschuss zur Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten einbezogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		T	T	M	M	J	J												
T	T	M	M	J	J																

1. Kind Name, Vorname	Geburtsdatum Eigener Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
im Kindergeld/Familienzuschlag berücksichtigungsfähig von bis	Krankenversicherung (bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> privatversichert % <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert Krankenkasse: Familienversichert bei In den Zuschuss zur Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten einbezogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Kind Name, Vorname	Geburtsdatum Eigener Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
im Kindergeld/Familienzuschlag berücksichtigungsfähig von bis	Krankenversicherung (bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> privatversichert % <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert Krankenkasse: Familienversichert bei In den Zuschuss zur Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten einbezogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Kind Name, Vorname	Geburtsdatum Eigener Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
im Kindergeld/Familienzuschlag berücksichtigungsfähig von bis	Krankenversicherung (bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> privatversichert % <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert Krankenkasse: Familienversichert bei In den Zuschuss zur Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten einbezogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht ein Beihilfeanspruch auf Wahlleistungen im Krankenhaus nach § 6a Abs. 2 Beihilfeverordnung (BVO) gegen Zahlung des Beihilfebeitrags in Höhe von 22 Euro monatlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Der Anspruch besteht seit dem	
Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben richtig und vollständig sind:	
Unterschrift des Bearbeiters bei der Dienststelle	Stempel

Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
70730 Fellbach