

Zutreffendes bitte ankreuzen **X** oder ausfüllen 

Nur für interne Zwecke.

### Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen (Firma und Personalnummer)

Nachname, Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Firma

Personalnummer (bitte unbedingt angeben)

**ZPD Hamburg**

Fachbereich Beihilfe

Postfach 26 19 62

20509 Hamburg

## Beihilfeantrag

Das Ergänzungsblatt bitte nur beifügen beim Erstantrag oder bei Änderungen der dort aufgeführten persönlichen Verhältnisse.

Ergänzungsblatt liegt bei  Ja  Nein

### Wichtige Hinweise

- Sortieren Sie die Belege bitte personenbezogen nach Antragsteller (A), Ehegatte/Lebenspartner (E/L), Kindern (K) und nummerieren Sie diese anschließend insgesamt fortlaufend, z. B.: A1, A2, A3, E4 oder L4, E5 oder L5, K6, K7, K8.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat.
- Die mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diesen Betrag nicht, überschreiten sie aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.
- Bitte beachten Sie, dass eine Rücksendung der eingereichten Aufwendungsnachweise nicht erfolgt. Reichen Sie daher bitte keine Originale, sondern nur gut lesbare Kopien oder Zweitschriften ein.
- Weitergehende Informationen und Hinweise - wie z. B. Sprechzeiten, Ansprechpartner - können Sie auch den Internetseiten des ZPD Hamburg unter <http://www.zpd.hamburg.de> entnehmen. Übrigens erreichen Sie uns auch direkt unter der Kurz-Url <http://www.zpd.de>.
- Angaben zum Bearbeitungsstand erfahren Sie unter der Telefonnummer 040 42841-4099 (Bandansage).

### 1. Höhe der Aufwendungen / Anzahl der Belege

Die Gesamtsumme der Aufwendungen beträgt:

Euro

Anzahl der Belege:

### 2. Überweisung der Beihilfe (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)

Auf das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.

Auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in

Bankbezeichnung

Bankleitzahl

Kontonummer

### 3. Anschrift (bitte nur ausfüllen bei Änderungen)

der/des Beihilfeberechtigten:

der/des Bevollmächtigten:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

### 4. Angaben zu Einkünften des Ehegatten/Lebenspartners, wenn für diesen Aufwendungen geltend gemacht werden

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im vergangenen Kalenderjahr 18.000 Euro?  Ja  Nein

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag übersteigen?  Ja  Nein

## 5. Besonderheiten

a)  Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt: Beleg-Nr. \_\_\_\_\_ Schadenstag \_\_\_\_\_

Es handelt sich um ein/en  
 Dienstunfall  Arbeitsunfall  Schul-/Kindergartenunfall  anderes verletzungsbedingtes Ereignis **Bitte immer Schadenbericht beifügen!**

Es liegt  
 Eigenverschulden vor  Fremdverschulden vor  kein Verschulden vor

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?  
 Nein  Ja Name und Aktenzeichen des Kostenträgers/ Ersatzpflichtigen \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

b)  Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen: Beleg-Nr. \_\_\_\_\_

(Nahe Angehörige der behandelten Person sind der Ehegatte, Lebenspartner sowie die Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Schwiegersöhne, Schwiebertöchter, Schwiegereltern, Schwäger und Schwägerinnen; wurde die Behandlung im Auftrag eines nahen Angehörigen durch einen Erfüllungsgehilfen erbracht, so gelten auch die vom nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen.)  
Name des Angehörigen und Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

c)  Individuelle Leistungsausschlüsse der privaten Krankenversicherung: Beleg-Nr. \_\_\_\_\_  
Nachweis  liegt vor  ist beigelegt

d)  Auf die hier beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten:  
Höhe der Abschlagszahlung: \_\_\_\_\_ Euro bewilligt am: \_\_\_\_\_

## 6. Pflegegeld (ambulante Pflege)

a)  Ich beantrage eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate:  
ab (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_ **Bitte bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung beifügen.**

b)  Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum von der Pflegeversicherung gezahlt wurde:  
von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Es gab im o.g. Zeitraum Unterbrechungen (z.B. Kurzzeitpflege, Krankenhausaufenthalt):  
von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr): \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_  
von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr): \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

## 7. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe, wenn Änderungen meiner persönlichen Verhältnisse nicht angegeben worden sind. Weiterhin habe ich Erlöse beim Verkauf von Hilfsmitteln sowie nachträgliche Preisnachlässe und Kostenerstattungen sofort anzuzeigen und die zuviel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen von privaten Krankenversicherungen sind davon ausgenommen). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe gezahlt.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:  Vollmacht liegt vor  Vollmacht ist beigelegt

**Nur für interne Zwecke - bitte nicht beschriften**