

# Personal- und Organisationsamt

## Kurzantrag auf Beihilfe

mit Pflege, Anlage ist beigefügt

Beihilfenummer (Bitte vom Bescheid entnehmen)

## Meine Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Amtsbezeichnung

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (freiwillig)

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle ist nicht der Kurzantrag auf Beihilfe, sondern der vollständige Antrag unter [www.erfurt.de/ef14016](http://www.erfurt.de/ef14016) zu verwenden.

Anzahl der beigefügten Belege

Antragsstumme in Euro

Der Beihilfeberechtigte ist verstorben am:

1. Haben sich bei Folgenden unter den Nummern 2, 3, 5 und 10 des letzten Antrages auf Beihilfe Änderungen ergeben und/oder sollen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis stehen, geltend gemacht werden?

Ja, bitte den Antrag auf Beihilfe unter [www.erfurt.de/ef14016](http://www.erfurt.de/ef14016) verwenden.

Nein, bitte mit Nummer 2 weiter.

2. Sofern Aufwendungen für den Ehegatten oder den Lebenspartner (als Lebenspartner gelten nach Paragraph 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner) mit diesem Antrag geltend gemacht werden:

Name, Vorname

2.1 Unterschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte (Paragraph 2 Absätze 3 und 5a Einkommensteuergesetz) des Ehegatten beziehungsweise des Lebenspartners den Betrag von 18.000,00 Euro?

Ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung: Der Steuerbescheid

liegt vor.

ist beigefügt.

Nein.

Ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr.

3. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut und so weiter eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder der behandelten Person) geltend gemacht?

Ja, Name der behandelnden Person:

Nein.

4. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht? Bitte Belege kennzeichnen und Nachweis/Versicherungsschein über Ausschluss und so weiter beifügen!

Ja, Name der behandelnden Person:

Nein.

5. Werden Leistungen einer Auslandskranken- beziehungsweise Rücktransportversicherung in Anspruch genommen? Bitte Belege kennzeichnen und Versicherungsansprüche nachweisen!

Ja, Name der behandelnden Person:

Nein.

Unterschrift

Datum

# Zusammenstellung der Aufwendungen

Name, Vorname

Beihilfenummer

Anlage zum Beihilfeantrag vom

Anschrift (bei aktiven Dienstkräften anstelle der Anschrift die Ordnungsnummer des Amtes und der Abteilung eintragen)

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung	A	E	K	Rechnungsbetrag	Kostenerstattung von anderer Stelle, falls kein Prozenttarif
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

**Summe der Aufwendungen:**

## Hinweise:

Bitte folgende Abkürzungen der Leistungsart benutzen:

- AA Ärztliche Behandlung
- ZB Zahnbehandlung
- AV Arznei- und Verbandsmittel
- KO Kiefernorthopädische Behandlung
- KH Stationäre Krankenhausbehandlung
- SA Sanatoriumsbehandlung
- HK Heilkur
- HM Hilfsmittel (ohne Sehhilfe)
- SH Sehhilfe
- FK Fahrtkosten
- HB Heilbehandlungen (Physiotherapie)
- SO Sonstiges

„A“ oder „E“ sind anzukreuzen. Bei „K“ ist die laufende Nummer unter der das Kind bei Ziffer 2 des Antrages eingetragen ist, zu vermerken.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben im Antrag und in der Anlage, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich sofort der Beihilfestelle anzeigen.

Unterschrift

Datum

Bei Bevollmächtigung:

Vollmacht liegt vor.

Vollmacht liegt bei.

## Unsere Kontaktangaben

Sie erreichen uns: Telefon: 0361 655-1452, Fax: 0361 655-2159

Hausanschrift: Meister-Eckehart-Straße 2

99084 Erfurt

Stadtbahn: Linie 4

Haltestelle: Angerbrunnen/Hirschgarten

Postanschrift: Stadtverwaltung Erfurt, Amt 11

99111 Erfurt

E-Mail-Adresse: [beihilfe@erfurt.de](mailto:beihilfe@erfurt.de)

Internet: [www.erfurt.de/ef14016](http://www.erfurt.de/ef14016)

## Unsere Sprechzeiten

nach telefonischer Vereinbarung