

Antrag auf Pauschale Beihilfe nach § 72 Abs. 6 Thüringer Beamtengesetz (ThürBG)

Die Bezeichnungen im Antrag gelten für alle Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Form verwendet.

1. Meine Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Beihilfe-Nummer

Ich beantrage die Gewährung einer Pauschalen Beihilfe nach § 72 Abs. 6 Thüringer Beamtengesetz (ThürBG) und verzichte auf ergänzende Beihilfe nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 3 bis 6 ThürBG ab:

Datum (wenn keine Angabe ab Beginn des Antragsmonats)

2. Angaben zu meinem Krankenversicherungsverhältnis

2.1 Beihilfeberechtigter

- beihilfeberechtigt gemäß § 72 Abs. 1 ThürBG
- Beihilfeberechtigung bei Beurlaubung ohne Bezüge wegen
 - Elternzeit
 - Pflegezeit
- Beihilfeberechtigung bei Nichtzahlung von Bezügen wegen Ruhens- oder Anrechnungsregelungen

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert bei Ehe- o. Lebenspartner privat versichert

Höhe des Krankenversicherungsbeitrages (bei privater Versicherung Höhe des Beitrages für SGB V entsprechenden Leistungsumfang) EUR*

Sind in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages weitere Einkünfte (z. B. Nebentätigkeit, Vermietung, Zinseinkünfte) berücksichtigt? Ja. Nein.

Wenn ja, welcher Teilbetrag entfällt auf die weiteren Einkünfte? EUR*

Erhalten Sie einen Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen? Ja. Nein.

Wenn ja, seit wann? vom Arbeitgeber/Dienstherrn Sozialleistungsträger Höhe monatlicher Beitrag/Zuschuss EUR*

2.2 Angaben zu meinem Ehegatten/Lebenspartner

Name, Vorname

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

pflichtversichert
 freiwillig versichert
 familienversichert bei Ehe- o. Lebenspartner
 privat versichert

Höhe des Krankenversicherungsbeitrages (bei privater Versicherung Höhe des Beitrages für SGB V entsprechenden Leistungsumfang) EUR*

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) im 2. Kalenderjahr vor Antragstellung 18.000,00 EUR? Ja. Nein.

Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? Ja. Nein.

Wenn ja, seit wann? vom Arbeitgeber Sozialleistungsträger Höhe monatlicher Beitrag/Zuschuss EUR*

2.3 Kinder (bei Antragsteller gemäß Thüringer Besoldungsgesetz im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)

Vorname und ggf. abweichender Nachname	von (ggf. bis)	Geburtsdatum	KV-Beitrag (s. o.) EUR*
1.			EUR*
2.			EUR*
3.			EUR*
4.			EUR*

Name/n der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

1.	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
2.	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
3.	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
4.	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert

Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? Ja. Nein.

Wenn ja,

1. seit wann?	vom <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/Dienstherrn <input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger	Höhe monatlicher Beitrag/Zuschuss EUR*
2. seit wann?	vom <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/Dienstherrn <input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger	Höhe monatlicher Beitrag/Zuschuss EUR*
3. seit wann?	vom <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/Dienstherrn <input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger	Höhe monatlicher Beitrag/Zuschuss EUR*
4. seit wann?	vom <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/Dienstherrn <input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger	Höhe monatlicher Beitrag/Zuschuss EUR*

3. Weitere Ansprüche

Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge oder eine anderweitige Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruches oder aus sonstigen Gründen?)

Ja.

Nein.

Wenn ja,

Name, Vorname

Rechtsverhältnis (z. B. Beamter, Abgeordneter)

gegenüber wem

von - bis

4. Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Veränderungen des Anspruchs auf Pauschale Beihilfe führen können, unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragserstattungen sofort anzuzeigen und zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen zur Kostenerstattung von privaten Krankenkassen sind hiervon ausgenommen).

Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge ist der Versicherungsnehmer allein verantwortlich.

Die Entscheidung für die Pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich**. Dies bedeutet, dass ich zukünftig keinen Anspruch auf eine ergänzende Beihilfe nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 3 bis 6 des ThürBG habe.

Aufwendungen, für die eine Leistungspflicht der Pflegeversicherung besteht, sind von der Pauschalen Beihilfe nicht umfasst. Hier bleibt es bei der Gewährung der „individuellen“ Beihilfe.

Die Erstattung entsprechender Aufwendungen richtet sich allein nach den Bedingungen meiner Krankenvollversicherung. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die Pauschale höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Das Merkblatt "Pauschale Beihilfe in Thüringen" habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Datum

Wenn Sie als Bevollmächtigter einen Antrag stellen

liegt eine Vollmacht vor.

ist eine Vollmacht beigefügt.

* Bitte fügen Sie diesem Antrag aktuelle Unterlagen bei, aus denen sich die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenvollversicherung für Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind (Bescheinigung nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 S. 1 Buchst. a EStG), bei Berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatten oder Lebenspartner) fügen Sie bitte auch einen Nachweis über die Einkünfte im 2. Kalenderjahr vor Antragstellung bei (z. B. Einkommensteuererklärung).