

Anlage 8
(zu § 62 Absatz 1)

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (Zwingend anzugeben!)
Anschrift		
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	Eingangsstempel

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

**Antrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

- Anlage „Pflege“ ist beigelegt.
- Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:
- Langantrag Kurzantrag Anlage „Pflege“

1.	<p>Bei wiederholter Antragstellung:</p> <p>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: Lebenspartner) oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7. Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p>																																								
2.	<p>Angaben zum Dienstverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Richter seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages seit _____ Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">von</th> <th style="width: 30%;">bis</th> <th style="width: 40%;">Grund¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>¹ Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Absatz 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.</small></p>	von	bis	Grund ¹																																					
von	bis	Grund ¹																																							
3.	<p>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 35%;">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen)</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Geburtsdatum</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">Wegfall</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>ab</th> <th>Ja</th> <th>ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K1.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K2.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K3.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K4.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K5.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen)	Geburtsdatum	Wegfall		Wiederaufnahme		Ja	ab	Ja	ab	K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen)	Geburtsdatum			Wegfall		Wiederaufnahme																																			
		Ja	ab	Ja	ab																																				
K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					

4.	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen? Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!								
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung			Zusatzversicherung ² Ja (Art bitte angeben)
			Normaltarif	Basistarif	Standardtarif	pfllicht-	freiwillig	familien-versichert bei	
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegatte (E) Lebenspartner (L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
² Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1) _____									
5.	Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?								
	<input type="checkbox"/> Ja, für				<input type="checkbox"/> Nein				
	Name, Vorname	Anspruch			Gegenüber wem? Ab wann?				
	<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamter								
6.	Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)								
	<input type="checkbox"/> Ja (welche Person)				<input type="checkbox"/> Nein				
	Name, Vorname	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?			Ab wann?				

Bitte ab hier alle Fragen beantworten!					
7.	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?				
	<input type="checkbox"/> Ja, für:		<input type="checkbox"/> Nein		
	Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs		
Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.					
8.	Werden Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht?				
	<input type="checkbox"/> Ja, für:		<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein	
	Vorname des Ehegatten/Lebenspartners und gegebenenfalls abweichender Familienname:			Geburtsdatum:	
	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden	seit:	
	Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartners oder vergleichbare ausländische Einkünfte <u>im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung</u> 18 000 Euro? ³ (Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften <u>die Werbungskosten</u> abzusetzen.)				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Bitte Formblatt „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung ausfüllen und mit vorlegen!					
³ Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.					
9.	Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis, bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)				
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein	
	Unfalldatum:	<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
	Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):				
	Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter.				
<input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):			<input type="checkbox"/> Nein		

10.	<p>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen! <input type="checkbox"/> Nein</p>
11.	<p>Ich beantrage die Geburtspauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Nein</p>
12.	<p>Auszahlung der Beihilfe</p> <p>Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten überwiesen. Eine Überweisung an einen Dritten ist nur im Ausnahmefall und unter Angabe von Gründen möglich. Gegebenenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich.</p>
13.	<p>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</p> <p>Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.</p>
14.	<p>Erklärung</p> <p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.</p> <p>Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beifügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.</p> <p>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro</p> <p>Anzahl der beifügten Belege: _____</p> <p>Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in Kopie vorlegen.</p>
	<p>Ort, Datum _____ Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten _____</p> <p style="text-align: center;">Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beifügt</p>

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	vom
------------------------------------	-----

Hinweise:

Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch.

A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, K = Kind

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				