

Ausfüllanleitung

Stammdatenblatt zum Antrag auf Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Stammdatenblatt)

Einleitung zu den neuen Antragsvordrucken in der Beihilfe ab Mai 2015 - Übersicht

Ab dem 15.05.2015 stellt die Beihilfestelle neue Antragsformulare zur Verfügung. Diese gliedern sich zukünftig in die drei folgenden Vordrucke:

1. Stammdaten

Zur Mitteilung von Änderungen bei den pers. Verhältnissen

2. Beihilfeantrag

Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (z.B. ärztl. Leistungen, Medikamente, Physio, Zahnarzt, Krankenhaus, Reha, Hilfsmittel)

3. Pflegeantrag

Zur Geltendmachung aller Aufwendungen aus dem Bereich der Pflegeleistungen (z.B. Heim, Pflegedienst, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel)

Mit dem Stammdatenblatt teilen Sie der Beihilfestelle z.B. Änderungen in Ihrem Krankenversicherungsverhältnis, Ihrem Familienstand oder der Berücksichtigungsfähigkeit Ihrer Kinder mit. Der allgemeine Beihilfeantrag und der neue Pflegeantrag werden um diese - sich im Regelfall nur selten ändernde - Angaben entlastet.

Ausfüllanleitung zum Pflegeantrag

Nachfolgend erhalten Sie für die einzelnen Abschnitte des neuen Stammdatenblattes eine Hilfestellung für das Ausfüllen:

Allgemeines

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
Landesverwaltungsamt Berlin	eMail-Adresse (Angabe freiwillig)	
Beihilfeservice - BS -	Dienst- / Wohnanschrift	
10702 Berlin	Personalkennzeichen	
	Datum (TT.MM.JJJJ)	
	Dieses Stammdatenblatt bitte beim Erstantrag vollständig ausfüllen. Bei Änderungen zu den unten aufgeführten persönlichen Verhältnissen bitte die entsprechende/n Frage/n beantworten.	

Die Unterschrift und das Datum befinden sich zur besseren Übersicht jetzt auf der ersten Seite des Formulars.

Das Stammdatenblatt ist bei der erstmaligen Beantragung von Beihilfe immer vollständig auszufüllen.

Danach ist es nur zur Mitteilung von Veränderungen zu verwenden.

Bitte tragen Sie Ihr Personalkennzeichen (Personalnummer oder Versorgungsnummer) und das Datum auf der ersten Seite ein.

Unterschrift

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer haben mit einer Kündigung zu rechnen.

Unterschrift

Bitte unterschreiben Sie das ausgefüllte Stammdatenblatt!

Familienstand

1 Sind Sie verheiratet oder leben Sie in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft?

verheiratet/LP ledig geschieden verwitwet

Bitte teilen Sie Änderungen zu Ihrem Familienstand mit entsprechendem Nachweis Ihrer Personal- oder Pensionsstelle mit.
Es findet keine automatische Übermittlung veränderter Daten durch die Beihilfestelle an die vg. Dienststellen statt.

Beihilfeberechtigung

2 Hat Ihr/e Ehegatte/in, Ihr/e Lebenspartner/in eine weitere eigene Beihilfeberechtigung bei einer anderen Beihilfestelle?

nein ja - bitte geben Sie uns nähere Erläuterungen zu dem Beihilfeberechtigten

Name des Beihilfeberechtigten: _____

Zuständige Beihilfestelle: _____

Beurlaubung / Elternzeit

3 Sind oder waren Sie in den letzten 12 Monaten ohne Dienstbezüge beurlaubt?

nein ja (Bitte entsprechendes Beurlaubungsschreiben in Kopie beifügen)

Zeitraum: von/seit _____ ggf. bis _____ Elternzeit Beurlaubung

von/seit _____ ggf. bis _____ Elternzeit Beurlaubung

Wegfall von Kindern

4 Ist die Berücksichtigungsfähigkeit für ein Kind weggefallen?

nein ja (Nachweis bitte in Kopie beifügen)

Name des Kindes _____ von/seit _____ ggf. bis _____ Grund: _____

Name des Kindes _____ von/seit _____ ggf. bis _____ Grund: _____

Name des Kindes _____ von/seit _____ ggf. bis _____ Grund: _____

5 Sind Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z.B. bei dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) vorrangig berücksichtigungsfähig?

nein ja Name des Kindes _____ Zuständige Beihilfestelle: _____

Name des Kindes _____ Zuständige Beihilfestelle: _____

Rechtsverhältnis des anderen Elternteils: Beamter, Richter Arbeitnehmer Abgeordnetenmandat

Versorgungsempfänger anderes Rechtsverhältnis

Angaben zur privaten Krankenversicherung

6 . Welcher private Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen
(Bitte geben Sie ggf. abweichende Familiennamen an)

Private Versicherung
Bitte fügen Sie beim Erstantrag und bei Änderungen einen Nachweis über Art und Umfang bei (Kopie Ihres Versicherungsscheins).

	Prozenttarife			Selbstbehalt
	ambulant %	stationär %	Zahn- kosten %	Euro
Vorname				
Familienname				
Geb.datum				
Versicherung besteht seit				
Antragsteller/in				
E/LP ²⁾				
Kind				
Kind				
Kind				

Diese Angabe ist für die Beihilfe rein informativ. Die Änderungen werden über die zuständige Personalstelle in das jew. Personalverfahren (i.d.R. in „IPV“) eingearbeitet und an die Beihilfestelle übermittelt.

Bitte geben Sie diese Änderungen daher immer auch Ihrer zuständigen Personalstelle bekannt!

Eine weitere Beihilfeberechtigung bei Ihrem Angehörigen führt dazu, dass der tatsächliche Beihilfeanspruch festgelegt werden muss.

Bitte geben Sie uns die andere - für Ihren Angehörigen zuständige - Beihilfestelle bekannt.

Zeiten ohne Dienstbezüge können zur Folge haben, dass kein Anspruch auf Beihilfe besteht.

Bitte geben Sie uns hier die Zeiträume der Beurlaubung/Elternzeit an.

Sobald ein Kind nicht mehr im Familienzuschlag berücksichtigt wird, entfällt der Anspruch auf Beihilfe für das entsprechende Kind.

Achtung! Evtl. ändert sich Ihr Bemessungssatz.

Der Anspruch auf Beihilfe besteht grundsätzlich bei dem Elternteil, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Bitte teilen Sie uns mit, bei welcher anderen Beihilfestelle das Kind berücksichtigungsfähig ist.

Aufgrund der Versicherungspflicht muss eine Krankenversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

Der Nachweis ist ggf. bei der Krankenkasse anzufordern.

Bitte geben Sie an, seit wann die Versicherung jeweils besteht.

Bitte tragen Sie für sich und Ihre Angehörigen die jeweils abgeschlossenen Prozenttarife ein. Sie können diese Angaben im Regelfall dem jeweils aktuellen Versicherungsschein entnehmen.

Bitte geben Sie uns die Höhe eines ggf. vereinbarten Selbstbhalts an.

Hinweis:
Besteht ein solcher Selbstbehalt zur Krankenversicherung, ist immer ein Abrechnungsnachweis der Krankenversicherung mit einzureichen!

Angaben zur gesetzlichen Krankenversicherung

7. Welcher <u>gesetzliche</u> Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?				Gesetzliche Versicherung					
Personen (Bitte geben Sie ggf. abweichende Familiennamen an)				Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie beim <u>Erstantrag und bei Änderungen</u> einen Nachweis über die gesetzliche Versicherung bei.					
Vorname	Familiennamen	Geb.datum	Versicherung besteht seit	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familienversichert über welche Person			nicht versichert
						A ¹⁾	E/LP ²⁾	KM/KV ³⁾	
Antragsteller/in	-	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	<input type="checkbox"/>
E/LP ²⁾				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Besteht für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann Bitte einen Nachweis beifügen.
--

9. Bestehen für Sie oder Ihre Angehörigen Zusatztarife z.B. für Zahn- und ambulante Kosten bei einer Privaten Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann Bitte einen Nachweis beifügen.

Haben Sie weitere Fragen?

- Bitte schauen Sie ins Internet:
<http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/>
- Sie können Sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Service-Punkt der Zentralen Beihilfestelle im Landesverwaltungsamt Berlin wenden.
- **Informationen zu den Sprechzeiten des ServicePunktes**

Sie können uns per E-Mail erreichen: vbb@lvwa.berlin.de

Sie können unter Telefonnummer 90139 6060 das Service-Telefon der Beihilfestelle anrufen

Die gesetzliche Krankenversicherung unterscheidet zwischen einer

- Pflichtversicherung,
- Freiwilligen Versicherung
- Familienversicherung.

Bitte tragen Sie für sich und Ihre Angehörigen das jeweils vorliegende Versicherungsverhältnis in der GKV ein.

Die korrekte Angabe ist entscheidend für die Festsetzung der Beihilfe!

Heilfürsorge bedeutet, dass der Dienstherr Ihres Angehörigen die vollständigen Krankheitskosten für diesen übernimmt.

Bitte reichen Sie in diesem Fall einen Nachweis über den Anspruch auf Heilfürsorge ein! Zusatzversicherungen sind grundsätzlich bei der Festsetzung von Beihilfe zu berücksichtigen.

Bitte reichen Sie in diesem Fall einen Nachweis über den abgeschlossenen Zusatztarif ein!

Schauen Sie ins Internet.

Wenden Sie sich zu den Sprechzeiten an den ServicePunkt des LVwA.

Schreiben Sie uns eine E-Mail.

Rufen Sie uns an