

# Antrag auf Pauschale Beihilfe

BERLIN



- **Hinweise: Bitte keine Rechnungen einreichen.** Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
- Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
eMail-Adresse (Angabe freiwillig)		
Dienst- / Wohnanschrift		

Landesverwaltungsamt Berlin

Beihilfeservice - BS -

10702 Berlin

### Personalkennzeichen

### Datum (TT.MM.JJJJ)

**Ich beantrage die Gewährung einer Pauschalen Beihilfe gem. § 76 Absatz 5 Landesbeamtengesetz (LBG) und verzichte auf ergänzende Beihilfe nach §76 Absatz 1 bis 4 LBG**

**ab: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der (voraussichtlichen) Verbeamtung: \_\_\_\_\_**

Grundsätzlich wird die pauschale Beihilfe ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Antragstellung folgt, gewährt (§ 76 Absatz 5 Satz 8 LBG). Ab dem 01.01.2021 ist eine rückwirkende Gewährung der pauschalen Beihilfe nicht mehr möglich.

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis	
<b>Beihilfeberechtigte Person</b>	
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich krankenversichert (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> 100 v.H. privat krankenversichert (Nachweis beifügen) Sofern Sie nicht freiwillig gesetzlich oder in einem privaten Krankenvollversicherungstarif versichert sind, erfüllen Sie nicht die Voraussetzungen für die Beantragung der pauschalen Beihilfe.
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	<b>EUR</b> (Nachweis beifügen oder nachreichen) Bei privater Versicherung: Höhe des Betrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang: Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach §10 Abs.1 Nr.3 Einkommensteuergesetz bitte beifügen.
Erhalten Sie einen Betrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen? (z.B. vom Rententräger)	<input type="checkbox"/> Ja (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie sich in einem Beamtenverhältnis auf Widerruf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sofern Sie sich in einem Beamtenverhältnis auf Widerruf befinden: Wird der Vorbereitungsdienst mit einer Prüfung beendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Es besteht bei Umwandlung in das Beamtenverhältnis auf Probe kein erneutes Wahlrecht)

<b>Weitere Ansprüche</b>	
Besteht für Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person 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 Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche berücksichtigungsfähige Person ist betroffen?	_____
Angaben zur Behörde, bei der ein weiterer Anspruch auf Heilfürsorge oder eine anderweitige Beihilfeberechtigung besteht	_____
<b>Pauschale Beihilfe für Angehörige</b>	
	<input type="checkbox"/> Anlage Berücksichtigungsfähige Personen (Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner)  <input type="checkbox"/> Anlage Berücksichtigungsfähige Person (Kind) Anzahl der Anlagen zu Kindern: Bitte für jedes berücksichtigungsfähige Kind eine eigene Anlage beifügen.
<b>Informationen für Beamte auf Widerruf</b>	
<p>Bezüglich des Beamtenverhältnisses auf Widerruf ist zu berücksichtigen, dass dieses gemäß § 33 Absatz 5 LBG kraft Gesetzes mit Ablauf des Tages endet, an dem der Vorbereitungsdienst infolge des Ablegens der Prüfung oder des endgültigen Nichtbestehens der Prüfung endet. Mit dem Ende des Vorbereitungsdienstes endet auch der Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe, sowohl in Form der individuellen Beihilfe als auch in Form der pauschalen Beihilfe. Mit einer anschließenden Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe wird ein neues Beamtenverhältnis begründet (§ 8 Absatz 1 Nr. 1 Beamtenstatusgesetz), welches zugleich mit einem neuen Beihilfeanspruch einhergeht. Dieser neue Beihilfeanspruch bezieht sich auf die individuelle Beihilfe, sofern nicht ein (ggf. erneuter) Antrag auf Gewährung von pauschaler Beihilfe gestellt wird.</p> <p>Es ist zu beachten, dass in einzelnen Laufbahnfachrichtungen Fälle normiert sind, in denen der Vorbereitungsdienst nicht mit einer Prüfung endet. Erfolgt in diesen Fällen eine Umwandlung des Beamtenverhältnisses auf Widerruf in das Beamtenverhältnis auf Probe (vgl. § 8 Absatz 1 Nr. 2 Beamtenstatusgesetz), wird kein neues Beamtenverhältnis begründet. Es entsteht somit auch kein neuer Anspruch auf Beihilfe. Dies hat zur Folge, dass eine etwaig im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung zu einem Antrag auf Gewährung pauschaler Beihilfe dazu führt, dass eine erneute Wahlmöglichkeit im anschließenden (umgewandelten) Beamtenverhältnis auf Probe nicht besteht. Weitergehende Ausführungen hierzu finden sich unter Frage 24 der beigefügten Anlage zu den häufig gestellten Fragen zur Einführung der pauschalen Beihilfe im Land Berlin. Die jeweilige Dienstbehörde ist dazu verpflichtet, ihre auf Widerruf verbeamteten Dienstkräfte darüber zu informieren, auf welche Weise der Übergang in das Beamtenverhältnis auf Probe erfolgt.</p> <p><b>Auf Widerruf verbeamtete Dienstkräfte werden gebeten, sich spätestens 4 Monate vor dem voraussichtlichen Ende des Beamtenverhältnisses auf Widerruf mit der Beihilfestelle in Verbindung zu setzen, um die Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe prüfen zu lassen.</b></p>	

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.**

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Veränderungen des Anspruchs auf pauschale Beihilfe führen können, mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragsänderungen und Beitragsrückerstattungen anzuzeigen. Mir ist bekannt, dass ich zu viel gezahlte pauschale Beihilfe (bspw. auf Grund von Beitragsänderungen oder Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherung) unverzüglich zu erstatten habe.

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich meine Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung von der Schweigepflicht gegenüber dem **Beihilfeservice des Landesverwaltungsamts Berlin** entbinde. Diese kann sich direkt mit meiner Krankenkasse bzw. privaten Krankenversicherung zur Klärung von Fragen in Verbindung setzen, soweit die pauschale Beihilfe betroffen ist.

**Unwiderrufliche Entscheidung**

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich und erstreckt sich auch auf die berücksichtigungsfähigen Personen. Für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf sind Besonderheiten zu beachten, die im Dokument „Häufig gestellte Fragen zur Einführung der pauschalen Beihilfe im Land Berlin“ unter Frage 24 dargestellt sind. Mit der Antragstellung entfällt der Anspruch auf individuelle Beihilfe zu den Aufwendungen nach § 76 Absatz 2 LBG. Hiervon ausgenommen sind der Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall einer Pflegebedürftigkeit sowie der Anspruch auf die Beihilfe zur Milderung einer besonderen Härte. Sofern eine beihilfeberechtigte Person – die rechtliche Zulässigkeit vorausgesetzt – im Laufe ihrer Dienstzeit von einem gesetzlichen Krankenvollversicherungstarif in einen privaten Krankenvollversicherungstarif oder umgekehrt wechselt, wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt. Eine Anpassung der pauschalen Beihilfe ansteigende Versicherungsbeiträge findet dann nicht mehr statt. Gleiches gilt bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs.

Ich erkläre, dass ich mich umfassend über mögliche Auswirkungen der Antragstellung auf Gewährung einer pauschalen Beihilfe informiert habe.

Das Dokument „**Häufig gestellte Fragen zur Einführung der pauschalen Beihilfe im Land Berlin**“ (Stand März 2022) der Senatsverwaltung für Finanzen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Das **Rundschreiben IV Nr. 50/2020 vom 05.06.2020 und IV Nr. 16/2022 vom 11.04.2022** der Senatsverwaltung für Finanzen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Das Merkblatt „**Informationen zum Datenschutz nach der DSGVO – pauschale Beihilfe**“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Für den Fall, dass eine Überzahlung der pauschalen Beihilfe entstanden ist, bin ich mit einer Verrechnung der dadurch entstehenden Überzahlung mit den laufenden Dienstbezügen einverstanden.

**Unterschrift  
Datum**

Wenn Sie als bevollmächtigte Person einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor       Vollmacht ist beigefügt

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

**BERLIN**



**Hinweise:** Die nachstehenden Angaben sind Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages. Ihre Erhebung beruht auf § 51 der Landesbeihilfeverordnung vom 08.09.2009 in der jeweils geltenden Fassung. Ihre Angaben im Beihilfeantrag werden vom LVwA im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet und gespeichert. Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
Landesverwaltungsamt Berlin Beihilfeservice - BS - 10702 Berlin	eMail-Adresse (Angabe freiwillig)	
	Dienst- / Wohnanschrift	

## 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.**

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**

### 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.

### 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:

### 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

### 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	

Antragsteller: Name, Vorname	Personalkennzeichen
------------------------------	---------------------

**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).

Vorname	Familiennamen	Geb.datum	Versicherung besteht seit	Prozenttarife			Selbstbehalt
				ambulant	stationär	Zahnkosten	Euro
				%	%	%	
Antragsteller/in	-	-					
E/LP <sup>2)</sup>							
Kind							
Kind							
Kind							
Kind							
Kind							

**7 . Welcher gesetzliche Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?**

**Personen**  
(Bitte geben Sie ggf. abweichende Familiennamen an)

**Gesetzliche Versicherung**  
Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft an und fügen Sie beim Erstantrag und bei Änderungen 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 <sup>1)</sup>	E/LP <sup>2)</sup>	KM/KV <sup>3)</sup>	
Antragsteller/in	-	-				-	-	-	
E/LP <sup>2)</sup>							-	-	
Kind									
Kind									
Kind									
Kind									
Kind									

**8 . Besteht für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge?**

nein      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?**

nein      ja, dann Bitte einen Nachweis beifügen.

1) Antragsteller/in    2) Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in    3) Kindesmutter oder Kindsvater