

# 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 Landesbeihilfverordnung 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.

<b>Unterschrift</b>	
---------------------	--

### 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 %	Zahn- kosten %	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.