

Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person

Personalnummer (8-stellig)



## Antrag auf Gewährung von Beihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Bei Pflegeaufwendungen die Vordrucke 2401/2402 (häusliche/stationäre Pflege) verwenden.

An  
**Deutsche Bundesbank**  
**Zentrale Beihilfestelle**  
**Leibnizstraße 10**  
**10625 Berlin**

Es haben sich **keine Änderungen** gegenüber dem letzten Antrag ergeben. Dies bestätigen Sie rückseitig mit Ihrer Unterschrift.

Bei Änderungen, unfallbedingten Aufwendungen oder erstmaliger Antragstellung füllen Sie den Antrag vollständig aus und bestätigen die Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Rahmen des Beihilfeverfahrens hat die Zentrale Beihilfestelle mit Beihilfe-Informationsschreiben 2/2018 informiert. Die Verarbeitung erfolgt unter Beachtung der Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung sowie des Bundesdatenschutzgesetzes.

### 1 Angaben zur Beschäftigung

Sind oder waren Sie in den letzten 3 Jahren beurlaubt?

nein    ja    Die Beurlaubungsbescheinigung fügen Sie einmalig in Kopie bei.

Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

ja,    von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

### 2 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Sind Kinder in Ihrem Familienzuschlag nach Besoldungs-/Versorgungsrecht berücksichtigungsfähig?

nein    ja, ein Kind    ja, zwei Kinder oder mehr

Gab es eine Änderung seit dem letzten Beihilfeantrag (z. B. Aufnahme nach Geburt eines Kindes, Wegfall aus dem Familienzuschlag mit Ende Schule/Ausbildung/Studium)?

ja, Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

### 3 Krankenversicherungsschutz

Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung ausfüllen und den **Versicherungsnachweis** in Kopie beifügen.

Art des Krankenversicherungsschutzes für Sie als beihilfeberechtigte Person **B**, für Ihre/Ihren Ehe-/Lebenspartner/in **EP/LP** und für die berücksichtigungsfähigen Kinder bitte ankreuzen.

**B    EP/LP    Kind(er), mit Vornamen angeben**

a) Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

b) Gesetzl. Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

- pflichtversichert (§ 5 SGB V)

- freiwillig versichert (§ 9 SGB V)

- familienversichert (§ 10 SGB V)

c) Es besteht keine Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

d) Es besteht ein anderer Krankenversicherungsschutz: \_\_\_\_\_

