

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: _____

4 Einkünfte Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehe-/Lebenspartners (EP/LP)

Immer ausfüllen, wenn Sie erstmalig Aufwendungen für die/den EP/LP geltend machen oder wenn die Einkommensgrenze nach § 6 Abs. 2 BBhV* nicht mehr überschritten wird.



Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 i. V. m. Abs. 5a EStG) oder der vergleichbaren ausländischen Einkünfte der/des EP/LP die Einkommensgrenze nach § 6 Abs. 2 BBhV*?

- im zweiten Kalenderjahr vor Antragstellung nein ja
- voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr nein ja

Bei „nein“ ist der vollständige Einkommensteuerbescheid **jährlich** in Kopie vorzulegen. Kapitalerträge, die nicht im Einkommensteuerbescheid ausgewiesen werden, sind gesondert nachzuweisen.

* Kalenderjahr 2022 und 2023 = 20.000 €, 2024 = 20.878 €, 2025 = 21.832 €

5 Anderweitige Beihilfeberechtigung und Leistungsansprüche

Besteht für Sie (B) oder für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen (EP/LP, Kinder) eine anderweitige Beihilfeberechtigung, z. B. aus einem Dienstverhältnis, auf Grund eines Versorgungsanspruchs oder nach Tarifrecht?

nein ja, für B EP/LP Kind, Vorname: _____

Seit wann, gegenüber wem? _____

Besteht für Sie oder für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu den Aufwendungen ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe aufgrund gesetzlicher Vorschriften (z. B. Opferentschädigungsgesetz, gesetzliche Unfallversicherung) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

nein ja, für B EP/LP Kind, Vorname: _____

Seit wann, gegenüber wem? _____

6 Aufwendungen bei Unfall, Verletzungen oder sonstigen schädigenden Ereignissen

Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall/einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, Tag des Unfalls bzw. Ereignisses: _____

Sind Dritte daran beteiligt oder können ggf. verantwortlich gemacht werden? nein ja

Bei ja → Die Belege oben rechts mit **Unfall** kennzeichnen und bei erstmaliger Mitteilung für die Unfallschilderung die **Anlage Unfallbericht** (Vordr. 2404) verwenden.

7 Überweisung der Beihilfe

Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto überwiesen.

Bei Erlöschen des Bezügekontos, Überleitung, amtlicher Betreuung, getrennt lebenden EP/LP u. a. ist die Zahlung auf ein anderes Konto möglich. Abweichende Bankverbindung:

IBAN

BIC

Kontoinhaber/in

Auf diese abweichende Bankverbindung künftig immer die Beihilfe überweisen: nein ja

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass meine Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, nachträgliche Rechnungskorrekturen sowie Kostenerstattungen habe ich der Zentralen Beihilfestelle sofort anzuzeigen.

Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meine/meinen EP/LP zurückzuzahlen, wenn der Gesamtbetrag ihrer/seiner Einkünfte die Einkommensgrenze nach § 6 Abs. 2 BBhV übersteigt. Dies gilt auch, wenn die Einkünfte nachträglich (nach Bescheiderteilung des Finanzamtes) die Einkommensgrenze überschreiten.

Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger und unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde.

Datum Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person

Die **Anlage Zusammenstellung der Aufwendungen** (Vordruck 2400-1) ist bei Antragstellung in Papierform erforderlich.