

| Beihilfeberechtigte/r |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| Personalnummer        | Anlage zum Beihilfeantrag vom |
| Name, Vorname         | Geburtsdatum                  |

## Beiblatt Persönliche Daten

Bitte immer beifügen bei erstmaliger Antragstellung, bei **Änderungen der persönlichen Daten** und bei Beihilfeberechtigten, für die das DLZP SH das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle). Bei Änderungen bitte **nur die neuen Daten eintragen**.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

| 1 Anschrift → nur bei Amtshilfefällen oder aus besonderem Grund → bitte Ausfüllhinweise beachten |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Straße, Hausnummer (bei Amtshilfefällen auch Dienststelle)                                       |
| Postleitzahl, Ort                                                                                |



| 2 Status → bitte Ausfüllhinweise beachten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |                             |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|--|------|--|------------------------------------|--|------|--|-------------------------|--|------|-----------------------------|-------------------------------------|--|-----|-----|--------------------------|--|--------------------|------------------------|-----------------------|--|-----|-----|--|--|----------------------|-----------------------|
| im Landesdienst seit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                      |                             |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| <table border="1"> <tr> <td>vollbeschäftigt</td> <td>teilzeitbeschäftigt</td> <td>seit</td> <td>Wochenstunden</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Versorgungsempfänger/in</td> <td>seit</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Entpflichtete/r Hochschullehrer/in</td> <td>seit</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beamten/er auf Widerruf</td> <td>seit</td> <td>im öffentlichen Dienst seit</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet</td> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ohne Bezüge freigestellt</td> <td>bis zu einem Monat</td> <td>länger als einen Monat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ohne Bezüge beurlaubt</td> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>mit Beihilfeanspruch</td> <td>ohne Beihilfeanspruch</td> </tr> </table> | vollbeschäftigt     | teilzeitbeschäftigt  | seit                        | Wochenstunden | Versorgungsempfänger/in |  | seit |  | Entpflichtete/r Hochschullehrer/in |  | seit |  | Beamten/er auf Widerruf |  | seit | im öffentlichen Dienst seit | Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet |  | von | bis | ohne Bezüge freigestellt |  | bis zu einem Monat | länger als einen Monat | ohne Bezüge beurlaubt |  | von | bis |  |  | mit Beihilfeanspruch | ohne Beihilfeanspruch |
| vollbeschäftigt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | teilzeitbeschäftigt | seit                 | Wochenstunden               |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| Versorgungsempfänger/in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | seit                 |                             |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| Entpflichtete/r Hochschullehrer/in                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     | seit                 |                             |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| Beamten/er auf Widerruf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | seit                 | im öffentlichen Dienst seit |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| Dienst-/Arbeitsverhältnis befristet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     | von                  | bis                         |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| ohne Bezüge freigestellt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | bis zu einem Monat   | länger als einen Monat      |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
| ohne Bezüge beurlaubt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | von                  | bis                         |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     | mit Beihilfeanspruch | ohne Beihilfeanspruch       |               |                         |  |      |  |                                    |  |      |  |                         |  |      |                             |                                     |  |     |     |                          |  |                    |                        |                       |  |     |     |  |  |                      |                       |



| 3 Ehe- bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in → nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für diese/n geltend gemacht werden sollen |                                 |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| Name, Vorname                                                                                                            | Geburtsdatum                    |                                           |
| verheiratet bzw. eingetragen seit                                                                                        | geschieden bzw. aufgehoben seit | verwitwet bzw. Partner/in verstorben seit |

| 4 Kinder                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                                |                                                                                      |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Haben Sie mindestens zwei Kinder, die im Familienzuschlag eines der Elternteile anspruchsberechtigt sind?                                                | ja ↓                                                                           | nein                                                                           |                                                                                      |                   |
| Wer soll den höheren Bemessungssatz aufgrund der Kinder erhalten?                                                                                        | Unterschrift der/des anderen Beihilfeberechtigten                              |                                                                                |                                                                                      |                   |
| <table border="1"> <tr> <td>Antragsteller/in</td> <td>andere/r Beihilfeberechtigte/r der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder</td> </tr> </table> | Antragsteller/in                                                               | andere/r Beihilfeberechtigte/r der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder |  |                   |
| Antragsteller/in                                                                                                                                         | andere/r Beihilfeberechtigte/r der berücksichtigungsfähigen gemeinsamen Kinder |                                                                                |                                                                                      |                   |
| → nur bei Amtshilfefällen für alle im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder auszufüllen                                                       |                                                                                |                                                                                |                                                                                      |                   |
| Name, Vorname des Kindes                                                                                                                                 | Geburtsdatum                                                                   | berücksichtigt bei Beihilfeberechtigte/r anderer Elternteil                    | von                                                                                  | bis               |
|                                                                                                                                                          |                                                                                |                                                                                |                                                                                      |                   |
|                                                                                                                                                          |                                                                                |                                                                                |                                                                                      |                   |
|                                                                                                                                                          |                                                                                |                                                                                |                                                                                      |                   |
| → nur bei Amtshilfefällen: Nachweis für den Familienzuschlag                                                                                             |                                                                                |                                                                                | ist beigelegt                                                                        | liegt bereits vor |





| 5 Kranken- und Pflegeversicherungsschutz → bitte Ausfüllhinweise beachten |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|---------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|------------------|
|                                                                           | Private Krankenversicherung |             |        | Gesetzliche Krankenversicherung |                        |                        |                        | Zusatzversicherung | versichert seit | nicht versichert |
|                                                                           | ambulant %                  | stationär % | Zahn % | pfl.-ver-sichert                | freiwillig ver-sichert | versichert bei         |                        |                    |                 |                  |
|                                                                           |                             |             |        |                                 |                        | Beihilfebe-rechtigte/r | Ehe-/Lebens-partner/in |                    |                 |                  |
| Beihilfeberechtigte/r                                                     |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |
| Ehe- bzw. Lebenspartner/in                                                |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |
| Name Kind                                                                 |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |
| Name Kind                                                                 |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |
| Name Kind                                                                 |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |
| Name Kind                                                                 |                             |             |        |                                 |                        |                        |                        |                    |                 |                  |

→ Nachweise sind beigelegt liegen bereits vor

| 6 Sonstige Beihilfeberechtigung                                                                                            |      |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|
| Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehe- bzw. Lebenspartner/in, Eltern und Kinder) eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung? |      |                    |
|                                                                                                                            | ja ↓ | nein               |
|                                                                                                                            | seit | Name Berechtigte/r |
| aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung                                                                               |      |                    |
| aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter                                              |      |                    |
| aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses                                                                       |      |                    |
| aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses                                                                                   |      |                    |
| Befindet sich die/der Berechtigte ebenfalls im Landesdienst?                                                               |      |                    |
|                                                                                                                            | ja ↓ | nein               |
| Personalnummer                                                                                                             |      |                    |

| 7 Weitere Ansprüche                                                                                      |      |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|
| Haben Sie oder Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitere Ansprüche?                              |      |                    |
|                                                                                                          | ja ↓ | nein               |
|                                                                                                          | seit | Name Berechtigte/r |
| Heilfürsorge nach Beamten- oder Soldatenrecht                                                            |      |                    |
| Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz |      |                    |
| Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen                                        |      |                    |

| 8 Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen bei freiwillig gesetzlich Versicherten                                                                       |      |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|
| Erhalten Sie oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen vom Rentenversicherungsträger? |      |                    |
|                                                                                                                                                   | ja ↓ | nein               |
| Höhe monatlicher Zuschuss                                                                                                                         | seit | Name Berechtigte/r |
|                                                                                                                                                   |      |                    |
|                                                                                                                                                   |      |                    |
| → Rentenbescheid ist beigelegt liegt bereits vor                                                                                                  |      |                    |

| 9 Todesfall                                   |  |
|-----------------------------------------------|--|
| Die/Der Beihilfeberechtigte ist verstorben am |  |