

Beihilfeberechtigte/r	
Personalnummer	Telefon (freiwillige Angabe)
Name, Vorname	Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen

Dienstleistungszentrum Personal  
des Landes Schleswig-Holstein  
Postfach 14 12  
24013 Kiel

## Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen

Verwenden Sie bitte für sämtliche Pflegeaufwendungen das separate Antragsformular.

Denken Sie daran, das **Beiblatt Persönliche Daten** ausgefüllt beizufügen bei erstmaliger Antragstellung, bei **Änderung der persönlichen Daten** und bei Beihilfeberechtigten, für die das DLZP SH das Gehalt nicht anweist (Amtshilfefälle).

Wichtige Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Reichen Sie <b>keine Originale</b> ein, sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder eigenständig gefertigte Fotokopien.</li> <li>→ Bitte machen Sie sich eigene <b>Kopien der Belege für Ihre Unterlagen</b>. Sämtliche Belege werden nicht zurückgesandt, sondern nach Rechtskraft des Beihilfebescheides bei uns vernichtet.</li> <li>→ Reichen Sie pro Beihilfeantrag <b>max. 20 Belege</b> ein.</li> <li>→ Bitte <b>sortieren</b> Sie die Belege nach Personen geordnet: Antragsteller/in, Ehe- bzw. Lebenspartner/in, Kinder.</li> <li>→ Bitte sortieren Sie die <b>Verordnungen</b> und Leistungsbescheinigungen zu den entsprechenden Rechnungen.</li> <li>→ Beachten Sie bitte die <b>Ausfüllhinweise</b>. Hier finden Sie u.a. Informationen darüber, welche Anlagen Sie ggf. noch beifügen müssen.</li> <li>→ <b>Formulare</b> finden Sie im Internet unter <a href="http://www.schleswig-holstein.de/DLZP">www.schleswig-holstein.de/DLZP</a> in der Rubrik Service/Formulare.</li> </ul>
 →  →  →  →  →  → 

1 Überweisung → nur ausfüllen, wenn abweichend vom Gehaltskonto	→ bitte Ausfüllhinweise beachten
Name Kontoinhaber/in	
IBAN	BIC

2 Aufwendungssumme / Beleganzahl	
Gesamtsumme der Aufwendungen in Euro	Anzahl der Belege (z.B. Rechnungen, Arzneimittelverordnungen)

3 Unfall, Verletzung, Gesundheitsschaden	→ bitte Ausfüllhinweise beachten
Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt:	
Belege vom (Rechnungsdatum)	Datum der Schädigung
<input type="checkbox"/> Schädigung wurde ausschließlich durch Eigenverschulden verursacht. → kurze Beschreibung über den Sachverhalt	<input type="checkbox"/> ist beifügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
<input type="checkbox"/> Schädigung wurde eventuell oder sicher durch Dritte verursacht. → Vordruck „Anzeige Personenschäden“	<input type="checkbox"/> ist beifügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor ↓ <input type="checkbox"/> mit Beihilfeantrag vom <input type="checkbox"/> bei der für den Regress zuständigen Stelle
Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Opferentschädigungsgesetz oder anderen Kostenerstattungsvorschriften?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
→ Ablehnungsbescheid/Erstattungsnachweis	<input type="checkbox"/> ist beifügt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor



**4 Einkünfte Ehe- bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in** → nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für diese/n geltend gemacht werden

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres/r Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartners/in laut Einkommenssteuerbescheid im Vorvorjahr 20.000 Euro (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz)?  ja ↓  nein

Nachfolgende Frage nur beantworten, wenn bei der ersten Frage „Ja“ angekreuzt wurde.  ja  nein  
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?

**5 Auslandsaufwendungen** → nur ausfüllen, wenn Sie außerhalb Deutschlands entstandene Aufwendungen einreichen

Besteht für die behandelte/n Person/en eine Auslandskrankenversicherung?

Name, Vorname

ja ↓  nein

ja ↓  nein

ja ↓  nein

Nachfolgende Frage nur beantworten, wenn bei der ersten Frage „Ja“ angekreuzt wurde.

Handelt es sich um eine  Vollkostenversicherung (Vollständige Kostenerstattung ohne Anrechnung von Beihilfeleistungen) oder um eine  Restkostenversicherung (Reduzierung der Versicherungsleistungen um die zustehende Beihilfe)?

Bei vorhandener Auslandskrankenversicherung sind die Aufwendungen zuerst dort einzureichen. Die Leistungsmittlung der Auslandskrankenversicherung reichen Sie bitte anschließend zusammen mit den Rechnungsbelegen erneut beim Dienstleistungszentrum Personal ein. Diese Nachweispflicht besteht auch, wenn die Auslandskrankenversicherung zu den Aufwendungen keine Erstattung leistet.

**6 Abschlag**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten in Höhe von  
Euro

Bescheid vom

**7 Zusendung von Antragsformularen**

Ich benötige

Antrag Allgemeine Leistungen  Antrag Pflege  Beiblatt Persönliche Daten  Ausfüllhinweise

**8 Antragsteller/in** → nur ausfüllen, wenn Sie nicht die/der Beihilfeberechtigte sind

→ bitte Ausfüllhinweise beachten

Ich bin

Bevollmächtigte/r  Kind, Ehe-/Lebenspartner/in  sonstige/r Erbe/in  Nachlassverwalter/in

Name, Vorname der antragstellenden Person

Anschrift

→ Nachweis  ist beigefügt  liegt bereits vor

**9 Unterschrift**

Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrags die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort anzuzeigen habe. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfe zu erstatten habe. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Arbeitnehmer/innen haben mit einer Kündigung zu rechnen. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift

X