

# Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

E-Mail-Adresse

Dienststellen-Nr.

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

**Regierungspräsidium Kassel  
Dezernat Beihilfen Hünfeld**

**36086 Hünfeld**

Bitte keine Originalbelege beifügen

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten/meine Ehegattin und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z. B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Für die nachfolgend geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag  
der Aufwendungen  
ca.

 , - €

Anzahl der Belege  
(Bitte Hinweis Nr. 7 Seite 4  
beachten)

Es werden Pflegeaufwendungen nach § 9 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Es werden Sachleistungsaufwendungen nach § 5 Abs. 5 HBeihVO geltend gemacht

(Bitte Hinweis Nr. 5 Seite 4 beachten)

**Hat sich Ihre Bankverbindung geändert?**

Ja  Nein

**Bei Änderung der Bankverbindung oder Erstantrag bitte ausfüllen:**

BIC

IBAN

**Hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?**

Ja  Nein

**Abweichende Adresse:**

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

# 1 Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten und zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Sie, Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung

- nicht erwerbstätig
- berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung
- freiwilligen Wehrdienst/Freiwilliges soziales Jahr leistend
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe
- in Elternzeit
- Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten
- beschäftigt im öffentlichen Dienst

Ja, und zwar folgende Personen:  
(bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Zum Ausfüllen der Spalte "B" siehe Anmerkungen 6 auf Seite 4

Name, Vorname	B	von TT.MM.JJJJ	-	bis TT.MM.JJJJ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

Für folgende Kinder steht mir Kindergeld/Familienzuschlag <b>nicht</b> zu:	Es besteht kein Anspruch auf Familienzuschlag	anderer Eltern-teil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag	Wegfall des Kindergeld- anspruchs	rückwirkender Wegfall des Kindergeld- anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
Name, Vorname <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 2 Krankenversicherungsschutz

Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird:

versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
Person 1	Antragsteller/in	<input type="text"/>
Person 2	Ehegatte bzw. anderer Elternteil	<input type="text"/>
Person 3	Kind	<input type="text"/>
Person 4	Kind	<input type="text"/>
Person 5	Kind	<input type="text"/>

Name der Krankenversicherung	privat vers.	freiwillig gesetzlich versichert	pflicht- vers.	familien- vers. bei 1 oder 2	rentnerkran- kenversichert -KVdR -	nicht ver.
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name, Vorname	Zeitpunkt TT.MM.JJJJ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

(z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger, aus Dienstordnungsverhältnis)

Erhalten Sie und / oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin / Ihre Kinder einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Ja  Nein

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis  
liegt bei

Nachweis  
liegt vor

Name, Vorname

Zuschuss in Euro

 €

Nachweis  
liegt bei

Nachweis  
liegt vor

### 4 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen sonstige Ansprüche auf Leistung zu Heilbehandlungskosten  
(z. B. gesetzliche Krankenversicherung, Unfall-, Heilfürsorge, BVG)?

Ja  Nein

Nachweis  
liegt bei

Nachweis  
liegt vor

### 5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine  
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Ja  Nein

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

### 6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten

Erhielt Ihre Ehegattin / Ihr Ehegatte im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung  
Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) - bitte Anmerkung Nr. 4 beachten - ?

Ja  Nein

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihrer Ehegattin / Ihres Ehegatten im vorletzten  
Kalenderjahr vor Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrages  
nach § 32a Abs.1 EStG - bitte Anmerkung Nr. 8 beachten -?

Ja  Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja  Nein

### 7 Werden Unfallaufwendungen geltend gemacht?

Ja  Nein

Belege, die Unfallaufwendungen enthalten, bitte oben rechts mit einem „U“ kennzeichnen.

Es handelt sich um einen

Dienstanfall

Kita- / Schulunfall

Unfall im privaten Bereich

Arbeitsunfall

Die Unfallschilderung  
liegt bei

liegt vor

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Ja  Nein

Name des Ersatzpflichtigen (z. B. Versicherung)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**8 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?**

Ja  Nein

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegatte/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person)

Ja

Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden

Ja

Nachweis liegt bei  Nachweis liegt vor

Bitte Belege oben rechts mit **L** kennzeichnen

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen

Ja

Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

**9 Werden Aufwendungen zu einem Todesfall geltend gemacht?**

Ja  Nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen Sie zu der/dem Verstorbenen?

Todestag  
TT.MM.JJJJ

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen (inklusive Überführungskosten) in Höhe von mindestens 1.200 € entstanden?

Ja  Nein

Steht Ihnen anlässlich des Todesfalles Sterbegeld zu?

Ja  Nein

zahlende Stelle

Betrag

€

**Anmerkungen**

- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragsvorgangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Antragstellung.
- Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
- Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
- In- und ausländische Einkünfte im Sinne von § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschbetrag (1.000 €) verminderten Arbeitslohn, der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus der Land- und Forstwirtschaft, Kapitaleinnahmen (gekürzt um den z. Zt. gültigen Sparerfreibetrag) sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit.
- Sachleistungsbeihilfe: Erforderlich ist zusätzlich eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate.
- Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	<b>NE</b>	- Beschäftigt im öffentlichen Dienst =	<b>öD</b>
- Schulausbildung =	<b>SB</b>	- Hochschulausbildung =	<b>HS</b>
- Elternzeit =	<b>EZ</b>	- Versorgungsempfänger/in =	<b>VE</b>
- Rentenbezieher/in =	<b>RE</b>	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe =	<b>AL</b>
- Berufstätig =	<b>BT</b>	- Wehrdienst/freiwilliges soziales Jahr =	<b>WD/FSJ</b>
- Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 3) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.
- Das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrages beträgt gem. § 32 a Abs. 1 EStG in 2024 23.208 €.

## Wichtiger Hinweis

Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf erbringen einige Mitarbeiter/innen der Beihilfestelle ihre Arbeitsleistung teilweise zu Hause und teilweise in der Dienststelle (sog. alternierende Telearbeit, vgl. Erlass HMdIS StaatsAnz. 2009, S. 963ff).

Was bedeutet das für Sie?

Auch Ihr Beihilfeantrag wird am häuslichen Arbeitsplatz einer Mitarbeiterin/ eines Mitarbeiters bearbeitet, wenn Sie dem nicht widersprechen. Tun Sie das, wird Ihr Antrag ausschließlich innerhalb der Dienststelle bearbeitet. Sie haben in jedem Antrag (erneut) die Möglichkeit, der Bearbeitung in Telearbeit zu widersprechen, indem Sie das entsprechende Antragsfeld ankreuzen.

Datenschutzrechtliche Belange werden auch bei der alternierenden Telearbeit strengstens gewahrt.

## ERKLÄRUNG

Ich widerspreche der Bearbeitung meines Antrags am häuslichen Arbeitsplatz

### **Datenschutzrechtliche Hinweise über die Erhebung personenbezogener Daten (Art. 13 der Datenschutzgrundverordnung -DSGVO-) im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten gemäß den Vorschriften der Hessischen Beihilfenverordnung**

Der Verantwortliche für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist das Land Hessen, hier vertreten durch das Regierungspräsidium Kassel, Am Alten Stadtschloss 1, 34117 Kassel. Email: [poststelle@rpks.hessen.de](mailto:poststelle@rpks.hessen.de); Telefon: 0561 106-0; Telefax: 0561 106-1611.

Die Datenschutzbeauftragte oder den Datenschutzbeauftragten des Regierungspräsidiums Kassel erreichen Sie unter der o.g. Anschrift, z. Hd. Datenschutzbeauftragte oder Datenschutzbeauftragter des Regierungspräsidiums Kassel.

Ihre personenbezogenen Daten und ggf. die Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten gem. § 80 Hess. Beamten-gesetz (HBG) bzw. der entsprechenden tarifrechtlichen Vorschriften in Verbindung mit der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO) erhoben.

Ihre Bankdaten werden aus Anlass der Auszahlung der zustehenden Beihilfen an das Hessische Competence Center (HCC) weitergeleitet. Falls Sie sich für die Wahlleistungen gem. § 6a HBeihVO entschieden haben, ist die Weitergabe von Daten an die Hessische Bezügestelle (HBS) notwendig. Sollten medizinische Stellungnahmen bzw. Gutachten zur Entscheidungsfindung der Festsetzungsstelle erforderlich sein, werden personenbezogene Daten an Gutachter/innen bzw. Amtsärzte und Amtsärztinnen weitergeleitet. Sofern Rückfragen im Rahmen der Arzneimittelrabattierung zu klären sind, werden in Einzelfällen Daten an die ZESAR GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln weitergeleitet.

Ihre Daten unterliegen den Aufbewahrungsfristen des § 92 Abs. 2 HBG bzw. den entsprechenden tarifrechtlichen Vorschriften. Danach sind Unterlagen über Beihilfeangelegenheiten drei Jahre aufzubewahren, die Frist beginnt mit Ablauf des Jahres, in dem die Bearbeitung abgeschlossen wurde.

Bitte beachten Sie, dass Sie zur Angabe der zur Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten notwendigen Daten rechtlich verpflichtet sind. Ohne die erforderlichen Daten können Ihr Beihilfeantrag oder Ihre Anfragen nicht bearbeitet werden.

Nach der EU - Datenschutzgrundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten.

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Hessischen Datenschutzbeauftragten, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden oder per Mail [Poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:Poststelle@datenschutz.hessen.de) oder telefonisch: 0611 1408-0.