| Beihilfeberechtigte Person | |
|---|---|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | Personalnummer (8-stellig) |

**ZPD Hamburg**
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
20509 Hamburg

# Langantrag auf Beihilfe

## Wichtige Hinweise

- Bitte reichen Sie keine Originale ein. Eine Rücksendung der Aufwendungsnachweise erfolgt nicht.
- Bitte verzichten Sie auf Heft- und Büroklammern.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird.
- Bitte reichen Sie die Nachweise zu Änderungen Ihres Versicherungsschutzes seit dem letzten Antrag ein, falls diese noch nicht vorliegen.
- Aufwendungen für den/die berücksichtigungsfähigen Ehegatten/eingetragene Lebenspartner/in mit Gesamteinkünften von über 20.000 Euro im Jahr vor der Antragstellung nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz dürfen nicht eingereicht werden.

Mehr Informationen erhalten Sie auf den Internetseiten des ZPD Hamburg unter www.hamburg.de/zpd

## A Anschrift

◯ der beihilfeberechtigten Person ◯ der bevollmächtigten Person

Name, Straße u. Hausnummer, Postleitzahl u. Ort:

## B Überweisung der Beihilfe

◯ auf das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden

◯ auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____ BIC: _____



ZPD Hamburg

## C Familienzuschlag und Elternzeit

| Bei wem? | Von- bis | Vor- und ggf. Nachname des Kindes | Geburtsdatum | Elternzeit? |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ◯ Ja ◯ Nein |
| | | | | ◯ Ja ◯ Nein |
| | | | | ◯ Ja ◯ Nein |
| | | | | ◯ Ja ◯ Nein |

## D Kranken- bzw. Pflegeversicherungsschutz (bei Erstantrag oder Änderungen ausfüllen)

| Person | private Krankenversicherung | Gesetzliche Krankenversicherung Kostenerstattung: ◯ Ja ◯ Nein | | | versichert seit: | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Versicherungssatz in % | pflicht-versichert | freiwillig versichert | familienversichert bei | Mon. | Jahr |
| Antragsteller/in | | ☐ | ☐ | | | |
| Ehegatte/in Lebenspartner/in | | ☐ | ☐ | | | |
| 1. Kind | | ☐ | ☐ | | | |
| 2. Kind | | ☐ | ☐ | | | |
| 3. Kind | | ☐ | ☐ | | | |

## E Unfall- oder verletzungsbedingte Aufwendungen

Liegt eine unfall- oder verletzungsbedingte Aufwendung vor?

◯ Nein ◯ Ja

Sind Dritte an dem Unfall/der Verletzung beteiligt oder können ggf. verantwortlich gemacht werden?

◯ Nein ◯ Ja (In diesem Fall ist ein ausführlicher Unfall-/Verletzungsbericht beizufügen. Das passende Dokument finden Sie hier: https://t1p.de/7uell)

## F Sterbefälle

Name der Verstorbenen Person: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Stehen Sterbe-/Bestattungsgelder zu? ◯ Nein ◯ Ja Betrag: _____

Zahlende Stelle: _____

## G Pauschale für Säuglings- und Kleinkinderausstattung

☐ Ich beantrage den Pauschalbetrag zu Säuglings- und Kleinkinderausstattung. (Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, kann nur der Mutter auf Antrag die Pauschale gewährt werden.)

Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

## H Weitere Ansprüche

Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger zusätzlich zum Beihilfeanspruch einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamten- oder Soldatenrecht, sozialem Entschädigungsrecht (SGB XIV), Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)?

○ Nein ○ Ja

Wenn Ja, bitte Nachweise beifügen!

Besteht bzw. bestand für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)?

○ Nein ○ Ja

Name

Rechtsverhältnis (verbeamtet, abgeortnet)

Gegenüber wem?

Von- bis

## I Erklärung der/des beihilfeberechtigten/bevollmächtigten und Datenschutzhinweise

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben und dass ich alle oben genannten Hinweise beachtet habe. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe. Weiterhin habe ich Erlöse beim Verkauf von Hilfsmitteln sowie nachträgliche Preisnachlässe und Kostenerstattungen sofort anzuzeigen und die zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen von privaten Krankenversicherungen sind davon ausgenommen). Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe gezahlt.
Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie gegebenenfalls die personenbezogenen Daten Ihrer Angehörigen erfolgt ausschließlich zu Zwecken der Beihilfebearbeitung sowie gegebenenfalls der im Zusammenhang mit dem Beihilfeantrag stehenden behördlichen und gerichtlichen Verfahren (§ 86 Hamburgisches Beamtengesetz). Dies schließt bei Unfällen mit Drittbeteiligung die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus übergegangenem Recht (§ 53 Hamburgisches Beamtengesetz) mit ein.
Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im „Merkblatt DSGVO ZPD“, im Personal-Portal, unter https://t1p.de/1lwil oder persönlich im Kundencenter des ZPD Hamburg.

| Datum | Unterschrift |
|---|---|
| | |



ZPD Hamburg