

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe nach der Bremischen Beihilfeverordnung

**Wichtig: Unvollständig ausgefüllte Anträge müssen unbearbeitet zurückgegeben werden!**

Magistrat der Stadt Bremerhaven  
 Amt 11/42  
 Postfach 21 03 60  
 27524 Bremerhaven

Eingangsstempel

**Beihilfen und Freie Heilfürsorge – 11/42**  
 Stadthaus 1, Zimmer 211/212/223

**Öffnungszeiten:** **Beihilfe:** 0471/590-Durchwahl

Mo:	09:00 – 12:00 Uhr	Buchstabe A – F	-2219
	15:00 – 17:00 Uhr	Buchstabe G – K	-2164
Di./Mi.:	geschlossen	Buchstabe L – R	-2248
Do:	09:00 – 14:30 Uhr	Buchstabe S – Z	-2188
Fr.:	09:00 – 12:00 Uhr		

Freie Heilfürsorge: 0471/590-2631 (vormittags)  
 Sachgebietsleitung: 0471/590-2900 (vormittags)

E-Mail: beihilfe-freieheilfeuersorge@magistrat.bremerhaven.de

## 1. Angaben zur Person:

Name, Vorname des/der Beihilfeberechtigten (ggf. Geburtsname)

Personalnummer

Privatanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Telefonnummer

**Aktiv**

E-Mail-Adresse

**Versorgung**

Im Bremischen Dienst beschäftigt seit

jetzige/letzte Dienststelle

### Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Lebenspartnerschaft
- verwitwet
- geschieden, seit \_\_\_\_\_

### Elternzeit

von – bis: \_\_\_\_\_

### Beurlaubung ohne Dienstbezüge

von – bis: \_\_\_\_\_

## 2. Krankenversicherungsschutz:

	Name, Vorname Geburtsdatum	gesetzlich/privat				eigener Beihilfe- anspruch	Arbeit- geber:in
		pfl.vers.	freiwillig-	familien-	rentenpfl.		
Antrag- steller:in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		Versichert				nein <input type="checkbox"/>	
Ehegatt:in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		Versicherung:				nein <input type="checkbox"/>	
Kind 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		Versicherung:				nein <input type="checkbox"/>	
Kind 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
		Versicherung:				nein <input type="checkbox"/>	

Bei Berücksichtigung des/der Ehegatt:in: Bitte Steuerbescheid beifügen!

Der Gesamtbetrag der nachzuweisenden **Einkünfte des/der Ehegatt:in** betrug nach § 2 (3) Einkommensteuergesetz im Kalenderjahr vor der Antragstellung:

kein Einkommen

bis 12.000,00 €

über 12.000,00 €

**3. Bei Krankheitskosten von verstorbenen Beihilfeberechtigten bitten wir um folgende Angaben:**

Vor- und Zuname der/des Verstorbenen

Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum /zur Verstorbenen

Kontoinhaber:in

IBAN

**4 a. Wurden Aufwendungen durch einen Dienstunfall/privaten Unfall verursacht?**

Nein

Ja (Bitte Unfallbericht beifügen!), Beleg Nr.

**4 b. Kann Schadenersatzanspruch gegen Dritte geltend gemacht werden?**

Nein

Ja, Beleg-Nr.

**5. Ist eine/r der behandelnden Therapeut:innen, Ärzt:innen usw. ein/e nahe/r Angehörige/r?**

Nein

Ja, Beleg-Nr.

**Die Fragen 4. und 5. müssen für die Antragsbearbeitung zwingend beantwortet werden!**

**6. Leistung der Krankenversicherung**

Prozentsatz ambulant

%

stationär

%

zahnärztliche Leistungen

%

**7. Anzahl der Belege:**

**Gesamtaufwendungen:**

€

(bitte die Belege durchnummerieren)

(bitte Betrag angeben!)

Ich erkläre, dass mein/e Ehegatt:in eine Beihilfe zu den Aufwendungen für die Kinder nicht beantragt hat. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher ebenfalls keine Beihilfe beantragt. Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit aller im Zusammenhang mit diesem Antrag gemachten Angaben und der Belege. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine/n Ehegatt:in zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung durch das Finanzamt) unzutreffend werden. Sollte ich nachträglich Preisermäßigungen oder außervertragliche Leistungen erhalten, zeige ich diese der Festsetzungsstelle unverzüglich an.

**Datum, Unterschrift**

Ich bitte um Zusendung eines neuen Beihilfeantrages

**Allgemeine Hinweise:**

- Aufwendungen müssen innerhalb eines Jahres nach ihrer Entstehung, spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung, geltend gemacht werden (Eingangsdatum maßgebend!)
- Aufwendungen müssen bei Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung insgesamt mehr als 200,00 € betragen, es sei denn, die beihilfefähigen Aufwendungen aus 6 Monaten haben diese Summe nicht erreicht.
- Die BremBVO finden Sie im Internet oder im Gesetzblatt 2020 der Freien Hansestadt Bremen, ausgegeben am 26.03.2020, S. 60, 61, in der Bekanntmachung der Neufassung vom 10.03.2020
- Den Beihilfeantrag finden Sie unter [www.bremerhaven.de](http://www.bremerhaven.de) („Beihilfeantrag“ im Suchfeld eingeben)

**Ihr Antrag wird schnellstmöglich bearbeitet. Bitte verzichten Sie auf Rückfragen zum Bearbeitungsstand.**