

Dieser Antrag ist nur zu verwenden,

wenn sich **keine Änderungen** gegenüber der letzten Antragstellung mit dem mehrseitigen „Antrag auf Beihilfe“ (Bw-2279) bei den Fragen 1 bis 9 ergeben haben und die Fragen 10 bis 17 nicht zutreffen.

Bei erstmaliger Antragstellung bei der nachstehend im Anschriftenfeld aufgeführten Festsetzungsstelle oder **bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** ist der mehrseitige „Antrag auf Beihilfe“ (Bw-2279) zu verwenden.

Antrag auf Beihilfe -Kurzantrag-

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Festsetzungsstelle

(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)

Antragsteller/Antragstellerin (Name, Vorname, Dienstgrad/Amts-/Dienstbezeichnung)		Bitte immer angeben:	
Dienststelle/Einheit/Referat, PLZ, Dienstort, Straße, Haus-Nr		Bw-Fernwahl	Personenkennziffer, wenn nicht bekannt Geburtsdatum
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Hausruf	BesGr/Entgeltgruppe
<input type="checkbox"/> Witwer/ <input type="checkbox"/> Witwe/ <input type="checkbox"/> Waise		Telefon (Vorwahl, Telefonnummer)	
des Verstorbenen/der Verstorbenen (Vorname, Name, früherer Dienstgrad/frühere Amts-/Dienstbezeichnung)			

Ich beantrage eine Beihilfe zu den auf Seite 2 in der Zusammenstellung der Aufwendungen aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Es haben sich keine Änderungen bei den Fragen 1 bis 9 gegenüber den Angaben im letzten mehrseitigen Beihilfeantrag ergeben, die Fragen 10 bis 17 treffen nicht zu.

Auszahlung der Beihilfe			
Auf die beantragte Beihilfe ist			
<input type="checkbox"/> a) ein Abschlag gezahlt worden	<input type="checkbox"/> b) ein Vorschuss gezahlt worden		
<input type="checkbox"/> an Antragsteller/ Antragstellerin	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus		
am (Datum)	über	EUR	VON (Kasse/Zahlstelle)
Die letzte Beihilfe wurde bewilligt am (Datum)	VON (Festsetzungsstelle)		
Erstattung der Beihilfe durch Überweisung (wie bisher)			

Mir ist bekannt, dass meine Angaben zum Zwecke der Beihilfebearbeitung gespeichert werden.

Erklärung der beihilfeberechtigten Person

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind, und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen, Preisnachlässe oder Gutschriften sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe, **ferner, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe, wenn Änderungen in den persönlichen Verhältnissen nicht angegeben worden sind.**

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

Mir ist bekannt, dass ich andernfalls gegen die mir obliegende Wahrheitspflicht verstoße und mich ggf dem Verdacht eines pflichtwidrigen Verhaltens oder gar einer Straftat aussetze.

Ich bestätige, dass der von mir vorgelegte Antrag dem amtlichen Vordruck entspricht. Änderungen habe ich nicht vorgenommen.

(Ort, Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

Von Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen.

Zusammenstellung der Aufwendungen

(Belege/Nachweise sind beizufügen.)

Beleg-Nr	Datum der Rechnung	Art der Leistung (Arzt = A Stationär = Stat Zahnarzt = Z Rezept = R Sanatorium = S Heilkur = K Hilfsmittel = H Heilbehandlung = HB)	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Betrag in EUR		
			EUR	Ct	%	EUR	Ct

Beihilfeberechtigte Person

Summe							

Ehegatte

Summe							

Kind(er)

Summe							