

<b>Beihilfeberechtigte Person</b> Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	<b>Az.: (Org.-Nr./Personalnummer)</b> <b>(<u>Zwingend anzugeben!</u>)</b>
Anschrift		
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	Eingangsstempel

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D – Beihilfe  
Postfach 10 06 55  
01076 Dresden

**Antrag auf  
Gewährung von Beihilfe**

**Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.**

**Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.**

→  Anlage „Pflege“ ist beigefügt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag     Kurzantrag

Anlage „Pflege“

<b>1.</b>	<p><b>Bei wiederholter Antragstellung:</b> <b>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattin/Ehegatte/eingetragener Lebenspartnerin/ eingetragendem Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r) oder eines Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ <b>Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.</p>
<b>2.</b>	<p><b>Angaben zum Dienstverhältnis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter, RichterIn/Richter seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages    Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes seit _____ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

	<input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst																																
	von	bis	Grund <sup>1</sup>																														
	<sup>1</sup> Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Absatz 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.																																
<b>3.</b>	<b>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiename)</th> <th style="width: 15%;">Geburtsdatum</th> <th style="width: 20%;">Wegfall</th> <th style="width: 20%;">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja      ab</td> <td style="text-align: center;">Ja      ab</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kind (K1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Kind (K2)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Kind (K3)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Kind (K4)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Kind (K5)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiename)	Geburtsdatum	Wegfall	Wiederaufnahme			Ja      ab	Ja      ab	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiename)	Geburtsdatum	Wegfall	Wiederaufnahme																														
		Ja      ab	Ja      ab																														
1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<b>4.</b>	<b>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen<sup>2</sup> neben der Beihilfe?</b> Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!																																
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Zusatzversicherung <sup>3</sup> Ja (Art bitte angeben)																												
				pflicht-    frei-    familien- willig    versichert bei																													
	Beihilfeberechtigter Person (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																										
	K1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	K2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	K3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	K4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	K5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<sup>2</sup> berücksichtigungsfähige Personen sind die in Nummer 1 genannten Personen <sup>3</sup> Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1)																																

5.	<b>Sind Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person anderweitig beihilfeberechtigt?</b>			
	<input type="checkbox"/> Ja, für		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname	Anspruch	Gegenüber wem? Ab wann?	
	<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamtin/Beamter/Richterin/Richter			
6.	<b>Ist eine berücksichtigungsfähige Person bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?</b> (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils aus einem eigenen Beamtenverhältnis)			
	<input type="checkbox"/> Ja (welche Person)		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname der berücksichtigungsfähigen Person	Name, Vorname der anderen beihilfeberechtigten Person	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?	Ab wann?
<b>Bitte ab hier alle Fragen beantworten!</b>				
7.	<b>Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?</b>			
	<input type="checkbox"/> Ja, für:		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs	
<b>Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.</b>				
8.	<b>Werden Aufwendungen für eine/-n berücksichtigungsfähige/-n Erwachsene/-n geltend gemacht?</b>			
	<input type="checkbox"/> Ja, für:	<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein	

Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familienname:		Geburtsdatum:	
<input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden	seit:
Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - oder vergleichbare ausländische Einkünfte der/des nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Erwachsenen im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 Euro? (Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.) <input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein			
<b>Bitte die Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären!</b>			
<b>9.</b>	<b>Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?</b> (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis, bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag		<input type="checkbox"/> Nein
Unfalldatum:	<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall   <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):			
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter. <input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift der erstattungspflichtigen Person/des Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):   <input type="checkbox"/> Nein			
<b>10.</b>	<b>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?</b> (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)		
<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!	<input type="checkbox"/> Nein		
<b>11.</b>	<b>Ich beantrage die Geburtspauschale</b>		
<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein		

<p><b>12.</b></p>	<p><b>Auszahlung der Beihilfe</b></p> <p>Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>Ja, in Höhe von _____ Euro</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> </div> </div> <p>Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person überwiesen. Eine Überweisung an eine dritte Person ist nur im Ausnahmefall und unter Angabe von Gründen möglich. Gegebenenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich.</p>
<p><b>13.</b></p>	<p><b>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</b></p> <p>Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <a href="http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html">http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html</a> (Bereich Beihilfe) abrufen. Die behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/-r Datenschutzbeauftragte/-r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: <a href="mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de">Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de</a>.</p>
<p><b>14.</b></p>	<p><b>Erklärung</b></p> <p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.</p> <p><b>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro</b></p> <p><b>Anzahl der beigefügten Belege: _____</b></p> <p>Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in <b>Kopie</b> vorlegen.</p> <hr/> <p>Ort, Datum</p> <p>Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person</p> <p>Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt</p>

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von (beihilfeberechtigte Person)	vom
---	-----

**Hinweise:**

Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch.  
A = Antragsteller/-in, E = berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r, K = Kind

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
<b>Gesamtbetrag</b>				