

**Anhang zu Artikel 1 Nummer 29  
Anlage 3**

(zu § 26 Absatz 2 und 3 sowie § 37 Absatz 4 Satz 7)

**Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel**

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	<b>Bereich Inhalation</b>	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung  a) als Einzelinhalation  b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je teilnehmende Person  c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je teilnehmende Person  Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	11,20   4,80  7,50
2	Radon-Inhalation  a) im Stollen  b) mittels Hauben	  14,90  18,20
	<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	
3	Befundung / Bericht  a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans  b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Ärztin oder Zahnärztin oder des verordnenden Arztes oder Zahnarztes  c) Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Ärztin oder den Arzt	  16,50  61,10  1,30
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	26,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	53,10
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 25 Minuten	12,00
7.1	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebral bedingten Schädigungen für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (2 bis 4 Personen) je teilnehmende Person, Richtwert: 30 Minuten	15,00
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 45 Minuten	15,00
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,30
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 21,80 15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	32,20
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
13	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 20 Minuten	12,40 7,70
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 21,80 15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	50,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensio- nontisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
	<b>Bereich Massagen</b>	
18	<p>Massage einzelner oder mehrerer Körperteile</p> <p>a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflex- zonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten</p> <p>b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten</p>	<p>19,60</p> <p>23,50</p>
19	<p>Manuelle Lymphdrainage (MLD)</p> <p>a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten</p> <p>b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten</p> <p>c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten</p> <p>d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mull- binden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihil- fefähig</p>	<p>32,50</p> <p>48,70</p> <p>65,00</p> <p>20,70</p>
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
	<b>Bereich Palliativversorgung</b>	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
23	Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe  a) Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)  b) Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid  aa) Teilpackung  bb) Großpackung	  15,60       36,20  47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)  a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem  b) Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	  10,20  20,30
26	Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und ähnliche, auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss  b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss  c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10  6,10  5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe  b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20  26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe  a) Teilbad  b) Vollbad	  12,10  17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	43,30 52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10
37	Gashaltiges Bad a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	25,70 29,70 27,70 24,40 4,10
38	Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.	

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
<b>Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
39	Kältetherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	13,30
<b>Bereich Elektrotherapie</b>		
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	16,90
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
<b>Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</b>		
47	<p>Erstdiagnostik / Bericht</p> <p>a) stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Leistungserbringerwechsel innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig</p> <p>b) stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalles beihilfefähig</p> <p>c) Bericht an die verordnende Person (kleiner Therapiebericht)</p> <p>d) Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person (großer Therapiebericht)</p>	<p>111,20</p> <p>55,60</p> <p>6,20</p> <p>111,20</p>

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
48	<p>Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen</p> <p>a) Richtwert: 30 Minuten</p> <p>b) Richtwert: 45 Minuten</p> <p>c) Richtwert: 60 Minuten</p> <p>d) Richtwert: 90 Minuten</p> <p>Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der zu behandelnden Person und ihrer Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.</p>	<p>49,40</p> <p>68,00</p> <p>86,50</p> <p>103,40</p>
49	<p>Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je teilnehmende Person</p> <p>a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten</p> <p>b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten</p> <p>c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten</p> <p>d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten</p> <p>Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der zu behandelnden Person und ihrer Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.</p>	<p>61,20</p> <p>34,60</p> <p>111,20</p> <p>67,20</p>
	<b>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</b>	
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
51	<p>Einzelbehandlung</p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten</p> <p>d) als Beratung zur Integration in das häusliche oder soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs oder im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall</p> <p>aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten</p> <p>bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten</p> <p>cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten</p>	<p>45,20</p> <p>60,90</p> <p>76,20</p> <p>135,60</p> <p>182,60</p> <p>152,32</p>
52	<p>Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), je teilnehmende Person</p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten</p>	<p>35,90</p> <p>48,70</p> <p>60,30</p>
53	<p>Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), je teilnehmende Person</p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten</p>	<p>16,50</p> <p>21,40</p> <p>39,30</p>
54	<p>Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten</p>	<p>50,10</p>
55	<p>Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche oder soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall</p>	<p>152,40</p>
56	<p>Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je teilnehmende Person</p>	<p>39,40</p>
57	<p>Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 60 Minuten</p>	<p>21,40</p>

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	<b>Bereich Podologie</b>	
58	Podologische Befundung a) Erstbefundung b) je Behandlung	48,80 3,00
59	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70
60	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
62	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	86,60
63	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	47,40
64	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	43,40
65	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	86,90
66	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	47,70
67	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	15,20
68	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	22,80
	<b>Bereich Ernährungstherapie</b>	
69	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 60 Minuten	34,00 68,00
70	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50
71	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Person; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
72	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
73	Gruppenbehandlung, je teilnehmende Person, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80
	<b>Bereich Sonstiges</b>	
74	Ärztlich verordneter Hausbesuch, soweit nicht gesondert abgegolten	20,60
75	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
76	Werden auf demselben Weg mehrere Personen besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 74 und 75 nur anteilig je zu behandelnde Person beihilfefähig.	

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

**Anhang zu Artikel 1 Nummer 32  
Anlage 8**

(zu § 62 Absatz 1)

<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 im Übrigen nur die unter den laufenden Nummern 1, 7 bis 13 und 15 verlangten Angaben zu machen. 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“    Antrag Pflegegeld

<b>1.</b>	<p><b>Bei wiederholter Antragstellung:</b></p> <p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.</p>
-----------	--

**2. Angaben zum Dienstverhältnis**

- Beamtin/Beamter, RichterIn/Richter seit \_\_\_\_\_
  - Beamtin/Beamter auf Widerruf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger seit \_\_\_\_\_
- Art des Versorgungsanspruches:
- Ruhegehalt
  - Witwengeld
  - Waisengeld
  - Unterhaltsbeitrag nach § 41 SächsBeamtVG
  - Unterhaltsbeitrag nach § 42 SächsBeamtVG
  - Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG  
 als Witwe/Witwer  ja  nein  
 als Waise  ja  nein
  - Unterhaltsbeitrag nach § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG  
 als Witwe/Witwer  ja  nein  
 als Waise  ja  nein
  - sonstiger Unterhaltsbeitrag
  - Übergangsgeld
- Mitglied des Sächsischen Landtages seit \_\_\_\_\_ Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes  
 ja  nein
- Teilzeit in Elternzeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- 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.

**3. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder**

Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Den Familienzuschlag erhält	Wegfall		Wiederaufnahme	
			Ja	ab	Ja	ab
1. Kind (K1)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. Kind (K2)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. Kind (K3)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4. Kind (K4)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. Kind (K5)		A <input type="checkbox"/> S <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

<sup>2</sup> sonstige Person/anderer Elternteil

4.	<b>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen<sup>3</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		
				pflicht-	freiwillig	familien-versichert bei
	Beihilfeberechtigte Person (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
	K1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	K2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	K3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	K4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	K5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
<sup>3</sup> berücksichtigungsfähige Angehörige sind die in Nummer 1 genannten Personen						
5.	<b>Sind Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person anderweitig beihilfeberechtigt?</b>					
	<input type="checkbox"/> <b>Ja, für</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>		
	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/Richter/Richter					

6.	<b>Ist eine berücksichtigungsfähige Person bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?</b> (zum Beispiel Kinder bei eigener Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils aus einem eigenen Beamtenverhältnis)			
	<input type="checkbox"/> <b>Ja (welche Person)</b>		<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	
	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, SGB XIV)?</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>Ja, für:</b>		<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	
	Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs	
<b>Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.</b>				
8.	<b>Besteht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V wegen des Bezugs einer Rente?<sup>4</sup></b>			
	<input type="checkbox"/> <b>Ja, seit:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	
	<b>Wenn nein:</b>			
	<p>Übersteigt die Summe aus dem Gesamtbetrag Ihrer jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - und vergleichbarer ausländischer Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung <b>ohne das Witwengeld oder den Unterhaltsbeitrag</b> den Ehegattengrenzbetrag<sup>5</sup>?</p> <p>(Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften <u>die Werbungskosten</u> abzusetzen.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>			
<b>Wenn nein: Bitte Ihre Einkünfte (ohne das Witwengeld oder den Unterhaltsbeitrag) nach § 2 Absatz 3 EStG für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären!</b>				
<p><sup>4</sup> Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn Sie als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Witwengeld oder mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag nach § 45 oder § 82 Abs. 4 SächsBeamtVG als hinterbliebene Witwe/Witwer von früheren Beamten beihilfeberechtigt sind <b>und</b> wenn der Versorgungsfall nach dem 1. Januar 2024 eingetreten ist! Für berücksichtigungsfähige Erwachsene sind Angaben nur bei Frage 9 erforderlich. Im Übrigen ist die Frage auch dann mit ja zu beantworten, wenn Sie einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt haben.</p> <p><sup>5</sup> Zum Ehegattengrenzbetrag wird auf Fußnote 6 zu Frage 9 verwiesen!</p>				

<b>9.</b>	<b>Werden Aufwendungen für eine/-n berücksichtigungsfähige/-n Erwachsene/-n geltend gemacht?</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Ja, für:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familienname:		Geburtsdatum:
	<input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden
	Übersteigt die Summe aus dem Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - und vergleichbarer ausländischer Einkünfte der/des nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Erwachsenen im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung den Ehegattengrenzbetrag <sup>6</sup> ?		seit:
	(Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften <u>die Werbungskosten</u> abzusetzen.)		
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn nein: 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 und nachfolgende Frage beantworten!</b>			
Besteht eine Versicherungspflicht der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V wegen des Bezugs einer Rente? <sup>7</sup>			
<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> <b>Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>	
<p><sup>6</sup> Der Ehegattengrenzbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt. Im Jahr 2024 beträgt der Ehegattengrenzbetrag 18 504 Euro. Dieser ist für den gesamten maßgeblichen Dreijahreszeitraum zu Grunde zu legen. Künftige Erhöhungen sind zu beachten.</p> <p><sup>7</sup> Diese Frage ist auch dann mit ja zu beantworten, wenn diese oder dieser einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt hat.</p>			

10.	<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
11.	<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
12.	<b>Ich beantrage die Geburtspauschale</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!				<input type="checkbox"/> Nein
13.	<b>Auszahlung der Beihilfe</b>				
	Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten	<input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro			<input type="checkbox"/> Nein
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.					
14.	<b>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</b>				
	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> .				

<b>15.</b>	<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.</p> <p>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:</b> _____ <b>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. <b>Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht!</b></p>	
	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="284 898 710 1048">           Ort, Datum         </td> <td data-bbox="710 898 1444 1048">           Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person            Voll- <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt            macht         </td> </tr> </table>	Ort, Datum
Ort, Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person Voll- <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt macht	

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von (beihilfeberechtigte Person)	vom
<b>Hinweise:</b> 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>				

## Anlage 9

(zu § 62 Absatz 1)

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

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

### Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

**Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.**

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

→  Anlage „Pflege“ ist beigelegt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vor- drucks:

Langantrag       Kurzantrag

Anlage „Pflege“     Antrag Pflegegeld

**Verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular „Antrag auf Gewährung von Beihilfe“ bei Änderung oder Vorliegen der nachstehenden Sachverhalte:**

- **Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,**
- **Familienstand, Änderungen in der Zuordnung des Familienzuschlags für berücksichtigungsfähige Kinder sowie Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern in der Beihilfe bei einem anderen Elternteil,**
- **Krankenversicherungssystem (privat oder gesetzlich versichert),**
- **anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen),**
- **anderweitige Ansprüche oder Anspruch auf Kostenerstattung,**
- **Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r),**
- **Einkünfte bei Beihilfeberechtigten mit Anspruch auf Versorgung als Witwe/Witwer (nur bei Bezug von Witwengeld oder Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG oder § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG),**
- **Eintritt einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V, auch wenn ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V gestellt**

wurde (gilt nur bei Versorgungsempfängerinnen/Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Versorgung als Witwe/Witwer bei Bezug von Witwengeld oder einem Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG oder § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG und berücksichtigungsfähigen Erwachsenen),

- Anschrift,
- Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,
- Anspruch auf eine Geburtspauschale,
- Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall.

Ändern sich nur die Einkünfte der/des Beihilfeberechtigten mit Anspruch auf Versorgung als Witwe/Witwer oder der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen, ist auch die Vorlage des Kurzantrages mit einem ausgefüllten Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO zur Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG ausreichend.

#### Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

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 <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (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: [Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

#### Erklärung

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 beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen **Ab-schlag** erhalten

Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Nein

**Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen:** \_\_\_\_\_ Euro

**Anzahl der beigelegten Belege:** \_\_\_\_\_

Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in **Kopie** vorlegen. **Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht!**

Ort, Datum

Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person

Vollmacht  liegt der Festsetzungsstelle vor  ist beigelegt

## 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>				

## Anlage 10

(zu § 62 Absatz 1)

### Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von (beihilfeberechtigte Person)	vom	Aktenzeichen: (Org.-Nr./ Personalnummer)
<p><b>Verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular „Antrag auf Gewährung von Beihilfe“ bei Änderung oder Vorliegen der nachstehenden Sachverhalte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,</li><li>- Familienstand, Änderungen in der Zuordnung des Familienzuschlags für berücksichtigungsfähige Kinder sowie Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern in der Beihilfe bei einem anderen Elternteil,</li><li>- Krankenversicherungsschutz,</li><li>- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen),</li><li>- anderweitige Ansprüche oder Anspruch auf Kostenerstattung,</li><li>- Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r),</li><li>- Einkünfte bei beihilfeberechtigten Personen mit Anspruch auf Versorgung als Witwe/Witwer (nur bei Bezug von Witwengeld oder Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG oder § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG),</li><li>- Eintritt einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 SGB V, auch wenn ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V gestellt wurde (gilt nur bei Versorgungsempfängerinnen/Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Versorgung als Witwe/Witwer bei Bezug von Witwengeld oder einem Unterhaltsbeitrag nach § 45 SächsBeamtVG oder § 82 Absatz 4 SächsBeamtVG und berücksichtigungsfähigen Erwachsenen),</li><li>- Anschrift,</li><li>- Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,</li><li>- Anspruch auf eine Geburtspauschale,</li><li>- Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall,</li></ul> <p><b>Ansonsten ist die Verwendung des vorgesehenen Antragsformulars nicht erforderlich. Mit diesem Formular können auch sonstige Aufwendungen beantragt werden, die nicht im Zusammenhang mit Pflegeaufwendungen stehen.</b></p> <p><b>Ändern sich nur die Einkünfte der/des Beihilfeberechtigten mit Anspruch auf Versorgung als Witwe/Witwer oder der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen, ist auch die Vorlage des Kurzantrages mit einem ausgefüllten Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO zur Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG ausreichend.</b></p>		



<b>4.</b>	<b>Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen</b>	
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege je Pflegeperson in Stunden/Woche
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 1a SGB VI besteht. <b>Bitte Erstmitteilung und jede Änderung (in Kopie) vorlegen!</b>	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
<b>5.</b>	<b>Abschlagszahlung</b> <b>Hinweis:</b> Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.	
<input type="checkbox"/> <b>Neuantrag:</b> Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate, ab (Monat/Jahr): _____		
<input type="checkbox"/> <b>Folgeantrag:</b>		
<input type="checkbox"/> Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt wurde: von: _____ (Monat/Jahr)      bis: _____ (Monat/Jahr)		
<input type="checkbox"/> Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege und so weiter) von: _____ (Tag/Monat/Jahr)    bis: _____ (Tag/Monat/Jahr)    Grund: _____ von: _____ (Tag/Monat/Jahr)    bis: _____ (Tag/Monat/Jahr)    Grund: _____		
<input type="checkbox"/> Ich beantrage gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 6 Monate.		

6.

**Bei vollstationärer Pflege**

**Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Absatz 4 SächsBhVO)**

(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung)

**Hinweise:** Bei Einkommen nach Buchstabe a bis e ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen und hier anzugeben. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen nach Buchstabe a bis e bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Dies gilt auch bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Buchstabe f bis h. Verringert sich dieses Einkommen im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen.

Bei monatlich schwankenden Einkommen nach Buchstabe f bis h soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt und angegeben werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.

Bei Einkünften nach Buchstabe g sind Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen.

**Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter sind (in Kopie) beizufügen!**

Einkommen (in Euro)		Beihilfeberechtigte Person	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r
a	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
b	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
c	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag nach § 55 Absatz 2 Satz 1 SächsBeamtVG)		
d	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge		
e	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
f	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
g	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit		
h	Lohnersatzleistungen		

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person  
Vollmacht  liegt der Festsetzungsstelle vor  ist beigelegt



<b>3. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen</b> (Bitte nur ausfüllen, wenn sich seit dem letzten Antrag Änderungen ergeben haben!)	
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege je Pflegeperson in Stunden/Woche
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 1a SGB VI besteht. <b>Bitte Erstmitteilung und jede Änderung (in Kopie) vorlegen!</b>	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
<b>4. Abschlagszahlung</b> <input type="checkbox"/> <b>Neuantrag:</b> Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate, ab (Monat/Jahr): _____ <input type="checkbox"/> <b>Folgeantrag:</b> <input type="checkbox"/> Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt wurde: von: _____ (Monat/Jahr) bis: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege und so weiter) von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____ von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____ <input type="checkbox"/> Ich beantrage gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 6 Monate.	
<b>5. Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</b> 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, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: <a href="mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de">Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de</a> .	
<b>6. Erklärung</b> Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.	
Ort, Datum _____	Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt

## Anlage 12

(zu § 65 Absatz 1)

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

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

### Antrag auf pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes

1.	<b>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen<sup>1</sup>?</b>					
	Versicherte Person (bitte Namen angeben)	Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung	Private Krankenversicherung (Umfang 100 %)	Gesetzliche Krankenversicherung		
				pfllicht-	freiwillig	familien-versichert bei
	Beihilfeberechtigte Person (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
	Kind 1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	Kind 2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	Kind 3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	Kind 4:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	Kind 5:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
<sup>1</sup> Berücksichtigungsfähige Angehörige sind die Ehegattin/der Ehegatte/die eingetragene Lebenspartnerin/der eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes der beihilfeberechtigten Person (berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r) und die im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).						

<b>2.</b>	<b>Einkommen bei berücksichtigungsfähigen Erwachsenen</b> (nur auszufüllen, wenn für diese auch pauschale Beihilfe beantragt wird)			
	Übersteigt die Summe aus dem Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - und vergleichbarer ausländischer Einkünfte der/des nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Erwachsenen im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung den Ehegattengrenzbetrag <sup>2</sup> ?			
	<input type="checkbox"/> Ja <sup>3</sup> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>			
<b>Wenn nein: Bitte die Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären!</b>				
<sup>2</sup> Der Ehegattengrenzbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt. Im Jahr 2024 beträgt der Ehegattengrenzbetrag 18 504 Euro. Dieser ist für den gesamten maßgeblichen Dreijahreszeitraum zu Grunde zu legen. Künftige Erhöhungen sind zu beachten. Bitte beachten Sie besonders: Pauschale Beihilfe für berücksichtigungsfähige Erwachsene wird nur für die Jahre gewährt, in denen der Ehegattengrenzbetrag im Durchschnitt der letzten drei Kalenderjahre nicht überschritten wird. Dies ist nachzuweisen!				
<sup>3</sup> In diesem Falle besteht kein Anspruch auf Beihilfe für den berücksichtigungsfähigen Erwachsenen. Es sind deshalb bei den Fragen 3 und 4 keine Angaben notwendig.				
<b>3.</b>	<b>Angaben zur Höhe des Krankenversicherungsbeitrages</b>			
	Versicherte Person	Höhe des monatlichen Beitrags zur Krankenversicherung (in Euro)	Bescheinigung/ Versicherungsschein	
	Beihilfeberechtigte Person (A)		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 1		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 2		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 3		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 4		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 5		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

4.	<b>Angaben zur Tragung von Beiträgen/Beitragsanteilen durch Dritte<sup>4</sup></b>				
	Versicherte Person	Werden Beiträge/Beitragsanteile durch Dritte übernommen?		Höhe des übernommenen monatlichen Beitrags/Beitragsanteils	Nachweis
	Beihilfeberechtigte Person (A)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatliche Höhe (in Euro)	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 4	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Kind 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<p><sup>4</sup> Anzugeben sind Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder ein Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses.</p>					
5.	<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 Datenschutz-beauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/-r Datenschutz-beauftragte/-r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: <a href="mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de">Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de</a>.</p>				
6.	<p><b>Erklärung</b></p> <p>Ich beantrage die Gewährung einer <b>pauschalen Beihilfe</b> nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes. <b>Ich verzichte damit für mich</b> (ausgenommen: Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes) <b>und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen unwiderruflich auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe nach § 80 des Sächsischen Beamtengesetzes.</b> Die Hinweise zur pauschalen Beihilfe, eingestellt auf der Internetseite des Landesamtes für Steuern und Finanzen (<a href="https://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html">https://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html</a>), habe ich gelesen und verstanden.</p> <p>Ich beantrage die Gewährung der pauschalen Beihilfe ab dem 01. _____<sup>5</sup>.</p>				
<p><sup>5</sup> Frühestens wird pauschale Beihilfe ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags bei der Festsetzungsstelle für die Beihilfe folgt, gewährt.</p>					
Ort, Datum			Unterschrift der beihilfeberechtigten Person		