

Antrag auf Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienststelle/Arbeitgeber

E-Mail-Adresse

Telefonnummer privat

Landeskirchenamt Kassel
Beihilfestelle
Wilhelmshöher Allee 330
34131 Kassel

Telefonnummer dienstlich

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der folgenden Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Leistungen (auch solche nach §§ 61 und 62 SGB V), Beitragsrückzahlungen gesetzlicher Krankenkassen, Verkaufserlöse für Hilfsmittel usw., Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen zu den geltend gemachten Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehepartner/meine Ehepartnerin und die auf den erhöhten Bemessungssatz entfallende Beihilfe zurückzuzahlen, soweit die Angaben über die Höhe seiner/ihrer Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Ich bin verpflichtet, die Beihilfe zurückzuzahlen, sofern es durch meine unvollständigen oder fehlerhaften Angaben zu einer Überzahlung der Beihilfe kommt. Die datenschutzrechtlichen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Gesamtbetrag der
Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege

Datum

Auf welche Bankverbindung soll die Beihilfe überwiesen werden?
Hat sich die Bankverbindung geändert?

Nein Ja

Bei Änderung der Bankverbindung oder Erstantrag bitte ausfüllen

IBAN

BIC

Familienstand
ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

eingetragene
Lebenspartnerschaft

seit

1. Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten

1.1 Angaben zur Beschäftigung

Wenn sich Ihr Beihilfeanspruch aus einem Beamten- oder Pfardienstverhältnis ergibt, kreuzen Sie bitte das zum Zeitpunkt der Antragstellung zutreffende Kästchen in der linken Spalte an.
Sind Sie beihilfeberechtigte/r Angestellte/r, dann füllen Sie bitte die rechte Spalte aus.

öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis (Pfardienst- oder Kirchenbeamtenverhältnis)	Tarifbeschäftigung (Angestellte/r) ohne Unterbrechung im kirchl. oder öffentl. Dienst seit
<input type="checkbox"/> aktives Dienstverhältnis	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt
<input type="checkbox"/> Anwärter/in, Vikar/in	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt mit _____ /
<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeitbruch Altersteilzeit
<input type="checkbox"/> Beurlaubung	
<input type="checkbox"/> Empfänger/in von Ruhestandsbezügen	
<input type="checkbox"/> Empfänger/in von Hinterbliebenenbezügen	

1.2 Krankenversicherung

	privat vers.	privatvers. Basistarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	rentenkran- kenvers. -KVdR-	Kosten- erstattung	nicht versichert
Name der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Rentenanspruch

Erhalten Sie eine Rente? Nein Ja, seit _____

1.4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Erhalten Sie einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag vom Rentenversicherungsträger oder vom Arbeitgeber? Nein Ja, seit _____
Zuschuss in Euro

Bitte beachten Sie, dass ein Zuschuss Auswirkungen auf Ihren Beihilfeanspruch haben kann, vgl. Hinweis 5 auf S. 5

2. Angaben zum Ehepartner/zur Ehepartnerin

Name, Vorname Geburtsdatum

2.1 Tätigkeit des Ehepartners/der Ehepartnerin in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung

<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in mit eigenem Beihilfeanspruch
<input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld oder -hilfe	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in ohne eigenem Beihilfeanspruch
<input type="checkbox"/> in Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin mit eigenem Beihilfeanspruch
<input type="checkbox"/> in Hochschulausbildung	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in mit eigenem Beihilfeanspruch
<input type="checkbox"/> freiwilliger Wehrdienst/Bundesfreiwilligendienst/freiw. soz. oder ökologisches Jahr leistend	<input type="checkbox"/> Rentenbezieher/ in
<input type="checkbox"/> in Elternzeit	<input type="checkbox"/> selbstständig

2.2 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Erhält Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag, z.B. vom Rentenversicherungsträger oder vom Arbeitgeber? Zuschuss in Euro
 Nein Ja seit _____

Bitte beachten Sie, dass ein Zuschuss Auswirkungen auf Ihren Beihilfeanspruch haben kann, vgl. Hinweis 5 auf S. 5.

2.3 Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung	privat vers.	privatvers. Basistarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	kostenfrei familien- vers.	rentenkran- kervers. -KVdR-	Kosten- erstattung	nicht versichert
------------------------------	--------------	------------------------	---------------------------	----------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------	------------------

Bei Änderung des Versicherungsverhältnisses innerhalb der letzten zwölf Monate: Bitte geben Sie den Zeitpunkt der Änderung an.

Änderung ab

2.4 Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehepartners/der Ehepartnerin

Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrags? (2023: 21.816,00 €)

Ja Nein

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

Bitte reichen Sie jährlich die Einkommensteuerbescheide Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin ein, wenn die Einkunftsgrenze unterschritten wird und/oder wenn Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin als berücksichtigungsfähige/r Angehörige anerkannt wird/werden soll. Zur maßgeblichen Einkunftsgrenze vgl. Hinweis 3 auf S. 5.

3. Angaben zu den Kindern

Einzutragen sind alle Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die über das 25. Lebensjahr hinaus Kindergeld bezogen wird.

Wer erhält Kindergeld/Familienzuschlag?
Beihilfe- berechtigter/ anderer Elternteil

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Kind 4

Kind 5

Sofern Ihr Kind einen anerkannten Freiwilligendienst absolviert hat, ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Anerkennung über das 25. Lebensjahr hinaus möglich. Informationen erhalten Sie von Ihrer Beihilfestelle.

3.1 Krankenversicherung

	privat vers.	privatvers. Basistarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	studenten- pflichtvers.	kostenfrei familien- vers. bei Elternteil	nicht versichert	Bei Änderungen innerhalb der letzten zwölf Monate: Zeitpunkt der Änderung
--	--------------	------------------------	---------------------------	----------------	-------------------------	---	------------------	---

Kind 1

ab

Kind 2

ab

Kind 3

ab

Kind 4

ab

Kind 5

ab

3.2 Tätigkeit der Kinder zum Zeitpunkt der Antragstellung

z.B. Schulausbildung, Hochschulstudium, duales Studium, Berufsausbildung, Berufstätigkeit, Freiwilligendienst, freiwilliger Wehrdienst, nicht erwerbstätig, Beamtentätigkeit mit eigenem Beihilfeanspruch

Zum Zeitpunkt der Antragstellung

Bei Änderungen innerhalb der letzten zwölf Monate:
Zeitpunkt der Änderung

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Kind 4

Kind 5

4. Werden Aufwendungen bei Unfällen geltend gemacht ?

Ja

Nein

Belege, die Unfallaufwendungen enthalten, bitte entsprechend kennzeichnen.

Es handelt sich
um einen

Dienstunfall

Kita-/Schulunfall

Unfall im privaten Bereich

Arbeitsunfall

Die Unfallschilderung

liegt vor

liegt bei

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?

Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen (z.B. Versicherung)

Ja

Nein

5. Sonstige Angaben

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen
(Ehepartner/Ehepartnerin, Kind oder Elternteil der behandelten
Person)

Ja

Nein

Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen worden

Ja

Nein

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundes-
versorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen

Ja

Nein

Falls "Ja" Belege kennzeichnen

6. Werden Aufwendung zu einem Todesfall geltend gemacht ?

Ja

Nein

Name, Vorname der/des Verstorbenen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis
standen Sie zu der/dem Verstorbenen?

Todestag

Sind Ihnen aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen
in Höhe von mindestens 1.200 € entstanden? Bitte Nachweis beifügen.

Ja

Nein

Steht Ihnen anlässlich des Todesfalls Sterbegeld zu?

Ja

Nein

Zahlende Stelle

Betrag in Euro

7. Nur auszufüllen in Geburtsfällen und bei Annahme eines Kindes

Ich beantrage den Pauschbetrag für Säuglings- und Kleinkinderausstattung

Vorname des Kindes

Geburtsdatum bzw. Tag der Aufnahme in der Familie

(Bitte die Kopie der Geburtsurkunde beifügen)

Hinweise

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Bei Sachleistungen ist der in der Bescheinigung aufgeführte Behandlungs- bzw. Kauftag entscheidend. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragsanlasses bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Antragstellung.
2. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandsmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes vor.
3. Der Gesamtbetrag der Einkünfte wird vom Finanzamt durch Einkommensteuerbescheid festgesetzt. Die Höhe des steuerlichen Grundfreibetrags nach § 32a Abs. 1 EStG kann sich jährlich verändern.
4. Sachleistungsbeihilfe: Erforderlich ist zusätzlich eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag (ohne Pflegeversicherung) für die dem Antragsmonat vorausgegangenen letzten zwölf Kalendermonate.
5. Privatversicherte: Sofern zu den Beiträgen für eine private Krankenversicherung Zuschüsse aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses zustehen, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 50%. Freiwillig gesetzlich Versicherte: Sofern Sie oder Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag erhalten, entfällt der Anspruch auf Sachleistungsbeihilfe des Zuschussempfängers/der Zuschussempfängerin. Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrer Beihilfestelle.

Datenschutzrechtliche Hinweise über die Erhebung personenbezogener Daten (§ 49 des EKD-Datenschutzgesetzes – DSGVO-EKD) im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten gemäß den Vorschriften der Hessischen Beihilfenverordnung

- Verantwortlich für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist das Landeskirchenamt der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck, Zentrale Abrechnungsstelle für Personal- und Personalnebenkosten, Wilhelmshöher Allee 330, 34131 Kassel. E-Mail: personalnebenkosten@ekkw.de; Telefon: 0561/9378-448.
- Die örtlichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der folgenden Adresse: Landeskirchenamt der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck, Wilhelmshöher Allee 330, 34131 Kassel und unter datenschutz@ekkw.de.
- Ihre personenbezogenen Daten und ggf. die Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten gemäß der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen in der EKKW in Verbindung mit der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO) erhoben und elektronisch verarbeitet.
- Falls Sie sich für die Wahlleistungen gem. § 6a HBeihVO entschieden haben, ist bei Ruhegehaltsempfängern und Empfängern von Hinterbliebenenversorgung ggf. die Weitergabe von Daten an die Evangelische Ruhegehaltskasse in Darmstadt (ERK) oder eine andere für die Auszahlung des Ruhegehalts zuständige Stelle notwendig. Sollten medizinische Stellungnahmen bzw. Gutachten zur Entscheidungsfindung der Festsetzungsstelle erforderlich sein, werden personenbezogene Daten an Gutachter/innen bzw. Amtsärzte und Amtsärztinnen weitergeleitet. Soweit Rückfragen im Rahmen der Arzneimittelrabattierung zu klären sind, werden in Einzelfällen Daten an die ZESAR GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln weitergeleitet.
- Ihre Daten und Unterlagen über die Beihilfegewährung werden drei Jahre aufbewahrt. Die Frist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Bearbeitung abgeschlossen wurde. Nach Ablauf der Frist werden die Daten datenschutzkonform vernichtet.
- Bitte beachten Sie, dass Sie zur Angabe der zur Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten notwendigen Daten rechtlich verpflichtet sind, § 6 DSGVO-EKD. Ohne die erforderlichen Daten können Ihr Beihilfeantrag oder Ihre Anfragen nicht bearbeitet werden.
- Nach dem DSGVO-EKD stehen Ihnen folgende Rechte zu: Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu.
- Es steht Ihnen gemäß § 19 Abs. 1 Ziffer 6 DSGVO-EKD ferner ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu:
Der Beauftragte für den Datenschutz
der Evangelischen Kirche in Deutschland
Außenstelle Dortmund Friedhof 4
44135 Dortmund
Telefon: 0231/533827-0
Fax: 0231/533827-20
E-Mail: mitte-west@datenschutz.ekd.de