

Personalnummer (bitte immer angeben)	Pflege
---	---------------

Ausgefüllten und unterschriebenen Antrag senden an:

Performa Nord
 Beihilfefestsetzungsstelle
 Schillerstr.1
 28195 Bremen

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

1 Antragsteller(in)

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)			
Tagsüber telefonisch erreichbar			
Dienstlich:		Privat:	
Status			
<input type="checkbox"/> Aktiv Bedienstete(r)		<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/-in	
Im bremischen Dienst beschäftigt seit:		Beschäftigungsdienststelle	
Arbeitszeit			
<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt mit	
		Wochenstunden	
		<input type="checkbox"/> passive Altersteilzeit/Elternzeit	

2 Bankverbindung

Die Beihilfe soll überwiesen werden auf		
<input type="checkbox"/> das Konto, auf das meine Bezüge überwiesen werden		<input type="checkbox"/> das folgende Konto:
Name der Bank	IBAN	BIC
Name, Vorname des Kontoinhabers, falls Sie nicht selbst Kontoinhaber(in) sind		

3 Familienstand

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

Hinweis: Bei Überschreitung der nachzuweisenden Einkünfte von 12.000 € (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) kann eine Beihilfe zu Aufwendungen) des (der) Ehe-/Lebenspartners (in) nicht gewährt werden.

Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig Seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	
Name, Vorname der Ehe/Lebenspartnerin/des Ehe/Lebenspartners	Ist Ihr(e) Ehe/Lebenspartner(in) selbst beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten - der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> keine eigenen Einkünfte <input type="checkbox"/> eigene Einkünfte	
Bitte einmal jährlich den Einkommensteuerbescheid als Nachweis über die Höhe der Einkünfte beifügen!	

Personalnummer (bitte immer angeben)	Name, Vorname
---	----------------------

4 Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

Folgende Kinder werden/wurden während der letzten 12 Monate bei mir im

- Familienzuschlag/Sozialzuschlag berücksichtigt nur deshalb nicht berücksichtigt, weil
 mir kein Familienzuschlag zusteht

Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Berücksichtigungszeitraum	Das Kind		
			befindet sich in der Berufsausbildung im Zeitraum	besucht eine Hochschule im Zeitraum	leistet Wehr- oder Zivildienst im Zeitraum
1					
2					
3					
4					

5 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

Person	Krankenversicherung bzw. Krankenkasse	Privat versichert			Gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse			Versicherungsschutz besteht seit	Nicht versichert
		Bitte bei erstmaligen Beihilfeantrag oder Änderungen Nachweis des Versicherungsschutzes beifügen!			Pflichtversichert	Familienversichert	Freiwillig versichert		
Umfang des Versicherungsschutzes		Ambulant	Stationär	Zahnkosten					
Antragsteller		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ehepartner/-in		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lebenspartner/-in		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 1		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 2		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 3		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kind 4		%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Personalnummer (bitte immer angeben)	Name, Vorname
---	----------------------

Wichtige Hinweise:

Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen: Antragsteller(in), Ehe/Lebenspartner(in), Kinder. Bitte Rechnungen und Rezepte einzeln eintragen.

Auch Kostenerstattungen von anderer Seite in der Spalte „Kostenerstattungen“ sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vorhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich.

Bei Aufwendungen für Zahnersatz bitte spezifizierte Material- und Laborkostenrechnung beifügen. Für Heilbehandlung, Hilfsmittel und Fahrkosten ist eine ärztliche Verordnung beizufügen.

Zusammenstellung der Aufwendungen

Beleg Nr.	Bezeichnung des/der Erkrankten: A – Antragsteller(in), E – Ehe/Lebenspartner(in), bei Kindern Vorname(n)	Datum der Rechnung. Kaufdatum der Arznei	Art der Aufwendungen	Rechnungsbetrag	Kostenerstattung von anderer Seite (Leistungen nach einem Prozenttarif brauchen nicht angegeben zu werden)
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				€	€
Summe der Aufwendungen				€	€