

**Antrag auf Befreiung
von Eigenbehalten (gem. § 50 Abs. 1
Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)**

für das Kalenderjahr

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
Beihilfekasse
Postfach 12 09
16771 Gransee

Geschäftspartner-Nr.:		Datum
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		Telefon
Anschrift (Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort)		
E-Mail		

1. Angaben zum Familienstand:

1a) verheiratet/ verpartnert Ja, seit
 Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum der verehelichten/ verpartnerten Person

1b) Ist die verehelichte/ verpartnerte Person Mitglied der gesetzlichen
Krankenversicherung? Ja Nein

1c) Ist die verehelichte/ verpartnerte Person selbst beihilfeberechtigt? Ja Nein

1d) Werden Sie gemeinsam zur Einkommensteuer veranlagt? Ja Nein

2. Angaben zu berücksichtigungsfähigen Kindern

Haben Sie Kinder, für die Sie den kinderbezogenen Familienzuschlag erhalten? (im Kalenderjahr, für das die Befreiung beantragt wird)?

Name des Kindes	Geburtsdatum	leibliches oder Adoptivkind <u>beider</u> Personen	
a)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3. Erklärung über die Höhe des Einkommens des Vorkalenderjahres:

HINWEIS: Sofern Sie eine der Fragen zu 1b oder 1c mit „Ja“ beantwortet haben, sind die Einkommen der verhelichten/ verpartnerten Person nicht anzugeben.

Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

Ich/ Wir verfügte(n) im Vorkalenderjahr über folgende Einkünfte und haben die entsprechenden Bescheinigungen beigefügt:

	beihilfeberechtigte Person	verhelichte/ verpartnerte Person
1. Dienst- und Versorgungsbezüge <i>(Bitte einen Nachweis des Vorjahres beilegen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung <i>(Bitte als Nachweis die Renten- und/oder Anpassungsbescheid(e) des Vorjahres beilegen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Renten aus einer zusätzlichen Alters-Hinterbliebenenversorgung <i>(Bitte als Nachweis die Renten- und/oder Anpassungsbescheid(e) des Vorjahres beilegen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Einkommen der verhelichten/ verpartnerten Person <i>(Bitte als Nachweis den Einkommensteuerbescheid des Vorjahres beilegen)</i>	_____	<input type="checkbox"/>
5. Sonstige Einkünfte <i>(Bitte entsprechenden Nachweis beilegen)</i>	_____	<input type="checkbox"/>

4. Chronische Erkrankung

Ich beantrage die Reduzierung der Belastungsgrenze von 2% auf 1% wegen einer chronischen Erkrankung folgender Person/en:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Als Nachweis sind dem Antrag beigefügt:

- Ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Umfang der chronischen Erkrankung (Formblatt als Anlage verfügbar)
- Nachweis der Pflegeversicherung über die Pflegeeinstufung (Grad 3 oder höher)
- Ablichtung des Schwerbehindertenausweises (Grad der Behinderung bzw. Minderung der Erwerbstätigkeit von mind. 60% - MdE)

Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

ggfs. Unterschrift verhelichte/ verpartnerte Person

**Anlage zum Antrag auf Befreiung
von Eigenbehalten (gem. § 50 Abs. 1
Bundesbeihilfeverordnung –BBhV) vom _____**

Name und Vorname der beihilfeberechtigten Person

**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden
chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V**

Name, Vorname

Geburtsdatum

→ Der/ die oben genannte Patient/ Patientin ist seit dem _____ wegen
derselben Krankheit in Dauerbehandlung.

Hinweis:

Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die/ der Patientin / Patient mindestens ein Jahr lang vor
Ausstellung dieser Bescheinigung mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit ärztlich
behandelt wurde.

Dauerdiagnose(n):

Ende der Dauerbehandlung: voraussichtlich:

nicht absehbar

→ Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische
Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) der o.g.
Krankheit erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung,
eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu
erwarten wäre:

ja, weil

nein

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt