

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste
70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für beihilfeberechtigte Personen, die
nicht bei der PBeaKK versichert sind.

Antrag auf Festsetzung der Belastungsgrenze

Zur Befreiung von Eigenbehalten und zur Erstattung ärztlich/zahnärztlich verordneter, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel wird die persönliche Belastungsgrenze nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beantragt.

Dieser Antrag gilt für das Kalenderjahr.

Ich beantrage eine Belastungsgrenze von 1 %, da
eine chronische Erkrankung nach der Chroniker-
Richtlinie vorliegt.

Ja

Nein

Reichen Sie den „Nachweis einer chronischen Erkrankung“ ein, wenn
im vorherigen Kalenderjahr noch keine Festsetzung über 1 % vorliegt.

Ich beziehe Einkommen der folgenden Besol-
dungs- bzw. Vergütungsgruppe.

Beurlaubte verbeamtete Personen geben ihre vor der
Beurlaubung geltende Gruppe an.

Ich lebe in einer Ehe bzw. einer
eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Ja

Nein

Das zugrunde gelegte Einkommen wird bei der Fest-
setzung der Belastungsgrenze um 15 % gemindert.

Es liegt eine gemeinsame steuerliche
Veranlagung vor.

Ja

Nein

Das zugrunde gelegte Einkommen wird um den doppelten
Kinderfreibetrag für die bei Ihnen im Familienzuschlag
berücksichtigungsfähigen Kinder gemindert (siehe Seite 2).

Mein/e Ehe-/Lebenspartner*in ist: Selbst beihilfeberechtigt

Ja

Gesetzlich versichert

Ja

Privat versichert

Ja

Bitte die Daten zum Einkommen auf Seite 2 ergänzen.

Folgende Person bezieht Sozialhilfe.

Vorname

Bzw. die Kosten der Unterbringung in einem Heim werden
von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge
getragen.

Name

Bitte aktuellen Nachweis beilegen.

Geburtsdatum

Einkommen aus dem Vorkalenderjahr

Im Vorkalenderjahr habe ich bzw. mein nicht gesetzlich versicherter Ehe-/Lebenspartner folgende Einkommen bezogen.

Bitte Einkommensnachweise in **Kopie** beilegen, es erfolgt keine Rückgabe. Nicht relevante Angaben in den Einkommensnachweisen können geschwärzt sein.

Dienst-/Versorgungsbezüge bzw. tarifliche Einkommen Bezügemitteilung Dezember des Vorkalenderjahres	Beihilfeberechtigte/r	Ehe-/Lebenspartner*in
--	-----------------------	-----------------------

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Rentenbescheide/Rentenanpassungen für das Vorkalenderjahr	Beihilfeberechtigte/r	Ehe-/Lebenspartner*in
---	-----------------------	-----------------------

Rente aus einer zusätzlichen Alters- und/oder Hinterbliebenenversorgung Rentenbescheide für das Vorkalenderjahr	Beihilfeberechtigte/r	Ehe-/Lebenspartner*in
---	-----------------------	-----------------------

Zusätzliche Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit gemäß §18 und §19 Einkommensteuergesetz Einkommensteuerbescheid des Vorkalenderjahres beifügen	Beihilfeberechtigte/r	Ehe-/Lebenspartner*in
---	-----------------------	-----------------------

Einkünfte gemäß § 2 Einkommensteuergesetz (zum Beispiel Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit, Miete, Pacht, Kapitalerträge) Einkommensteuerbescheid des Vorkalenderjahres beifügen, falls Ehe-/Lebenspartner*in nicht gesetzlich versichert ist.		Ehe-/Lebenspartner*in
--	--	-----------------------

Im Vorkalenderjahr wurden keine Einkünfte bezogen.		Ehe-/Lebenspartner*in
---	--	-----------------------

Folgende Kinder sind bei mir Familien- Im Vzuschlag (FZ) berücksichtigungsfähig.	Kind 1 Vorname, Geb.-datum
---	-------------------------------

Wegfall des FZ

Falls der Familienzuschlag unterjährig/zwischenzeitlich
weggefallen ist, bitte Datum des Wegfalls angeben.

Falls mehr als 2 Kinder betroffen sind, bitte Angaben
ergänzen.

Kind 2 Vorname,
Geb.-datum

Wegfall des FZ

Ort, Datum

Unterschrift Beihilfeberechtigte/r bzw. bevollmächtigte Person