

<b>Personalnummer (bitte immer angeben)</b>
---

**Ausgefüllten und unterschriebenen Antrag im Original senden an:**

Performa Nord  
 Beihilfefestsetzungsstelle  
 Schillerstr.1  
  
 28195 Bremen

**Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen. Ergänzen Sie Ihre Angaben gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt.**

### Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

#### 1 Antragsteller(in)

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

#### 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:
Bank	Bankleitzahl	Kontonummer
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 10.000 € (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) kann eine Beihilfe zu Aufwendungen der Ehegattin/des Ehegatten nicht gewährt werden.**

Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig	seit _____	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Name, Vorname der Ehepartnerin/des Ehepartners		Ist Ihr(e) Ehepartner(in) selbst beihilfeberechtigt?
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkünfte des Ehepartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung		
<input type="checkbox"/> keine eigenen Einkünfte <input type="checkbox"/> eigene Einkünfte -> <b>Bitte einmal jährlich den Einkommensteuerbescheid als Nachweis über die Höhe der Einkünfte beifügen!</b>		

**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
		<b>Bitte bei erstmaligen Beihilfeantrag oder Änderungen Nachweis des Versicherungsschutzes beifügen!</b>			Pflichtversichert	Familienversichert	Freiwillig versichert		
Umfang des Versicherungsschutzes		Ambulant	Stationär	Zahnkosten					
Antragsteller(in)		%	%	%	<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"/>
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"/>

**6 Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?**

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

- nein
- ja (bitte hier Angaben machen)

Wer?	seit
------	------

**7 Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger einen Zuschuß zu Krankenversicherungsbeiträgen?**

Nur auszufüllen bei Erstantrag oder Änderungen

- nein
- ja (bitte hier Angaben machen)

Monatliche Höhe des Zuschusses für den/die		
Antragsteller(in)	Ehepartner(in)	Kinder



<b>Personalnummer (bitte immer angeben)</b>	<b>Name, Vorname</b>
---	----------------------

## Zusammenstellung der Aufwendungen

### Wichtige Hinweise:

**Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen: Antragsteller(in), Ehepartner(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.**

Beleg Nr.	Bezeichnung des/der Erkrankten: A - Antragsteller(in), E - Ehepartner(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				€	€