

Bitte Antrag per Post im Original senden an



Universität des Saarlandes
Beihilfestelle
Meerwiesertalweg 15
66123 Saarbrücken

1. Es handelt sich um einen Antrag auf

<input type="checkbox"/> Gewährung einer allgemeinen Beihilfe
<input type="checkbox"/> Gewährung einer Beihilfe aufgrund eines Unfalls -> Bitte zusätzlich Unfallfragebogen ausfüllen und einreichen

2. Antragsteller/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefonnummer
Personalnummer	in Elternzeit von bis	
<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt		
<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt	im Umfang von Wochenstunden	
<input type="checkbox"/> Ohne Dienstbezüge beurlaubt	von, bis	
<input type="checkbox"/> Im Ruhestand	seit	

3. Familienstand

<input type="checkbox"/> Ledig	
<input type="checkbox"/> Verheiratet / Eingetragene Partnerschaft	seit
Vor- und Nachname des Ehegatten/der Ehegattin oder eingetragene/n Lebenspartners/in	Geburtsdatum des Ehegatten/der Ehegattin oder eingetragene/n Lebenspartners/in
<input type="checkbox"/> Geschieden	seit
<input type="checkbox"/> Verwitwet	seit

4. Besteht für Sie oder ein/e Familienangehörige/r eine **sonstige eigene** Beihilfeberechtigung?

<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, für Ehegatte/in oder Partner/in	Name, Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 1	Name, Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 2	Name, Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 3	Name, Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 4	Name, Geburtsdatum

Datum der Antragstellung:

5. Ist ein/e Angehörige/r bei einem/einer anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig?

<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja	Wer	Beim wem

6. Werden mit diesem Antrag Aufwendungen für den/die Ehegatten/in oder eingetragenen Lebenspartner/in geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> Nein -> Weiter mit Frage 9		
<input type="checkbox"/> Ja	Name	Geburtsdatum

7. Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 EstG) Ihres/r Ehegatten/in oder eingetr. Lebenspartners/in im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von 16.000€? Die entsprechenden Angaben ergeben sich aus dem Steuerbescheid – Dieser ist jährlich vorzulegen.

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

8. Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr den Betrag aus Nr. 7 voraussichtlich übersteigen?

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

9. Werden Aufwendungen für Pflege oder Heilmaßnahmen geltend gemacht, die durch nahe Angehörige erbracht wurden?

<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, bitte Belegnummer aufführen	Wenn ja, bitte Belegnummer aufführen

10. Bei diesem Antrag handelt es sich um einen Erstantrag:

<input type="checkbox"/> Ja -> Bei einem Erstantrag ist der gesamte Fragebogen VOLLSTÄNDIG auszufüllen
<input type="checkbox"/> Nein -> Es handelt sich um einen Folgeantrag ohne Änderungen der Fragen 11 – 18 -> weiter bei Nr. 19
<input type="checkbox"/> Nein -> Es handelt sich um einen Folgeantrag mit Änderungen der Fragen 11 – 18 gegenüber den Angaben des letzten Antrages: Bitte den gesamten Fragebogen erneut VOLLSTÄNDIG auszufüllen

11. Welcher Versicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen in einer **privaten Krankenversicherung**?
Bei erstmaligem Antrag bitte Nachweis über den Versicherungsschutz beifügen!

Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Personen	Geburtsdatum	Ambulant %	Stationär %	Zahnkosten %	Festkosten Tarif
Name Antragsteller/in					<input type="checkbox"/>
Name Ehegatte/Ehegattin / eingetr. Lebenspartner/in					<input type="checkbox"/>
Name Kind 1					<input type="checkbox"/>
Name Kind 2					<input type="checkbox"/>
Name Kind 3					<input type="checkbox"/>
Name Kind 4					<input type="checkbox"/>

12. Welcher Versicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen in einer **gesetzlichen Krankenversicherung**?
Bei erstmaligem Antrag bitte Nachweis über den Versicherungsschutz beifügen!

Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Personen	Geburtsdatum	Pflicht- versichert	Freiwillig- versichert	Familien- versichert	Nicht versichert
Name Antragsteller/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/Ehegattin / eingetr. Lebenspartner/in		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Kind 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Kind 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Kind 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Kind 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wird ein Zuschuss (z.B. Rente), Arbeitgeberanteil oder dergleichen zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?

<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	
Name	Höhe des Zuschusses in € pro Monat

14. Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen) für Sie oder Ihre Angehörigen betreffend der geltend gemachten Aufwendungen? Wenn ja, bitte Nachweis beifügen!

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

15. Nur auszufüllen bei Geburt oder Adoption

Werden Aufwendungen für Säuglings- und Kleinkinderausstattung geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

16. Nur auszufüllen bei Geburt oder Adoption

Wird von anderer Seite ein Pauschbetrag für die Geburt / Adoption gezahlt?

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

17. Nur auszufüllen bei Sterbefällen

Werden Aufwendungen im Rahmen eines Todesfalls gemacht?

<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	
Name des/der Verstorbenen	Todestag

18. Nur auszufüllen, wenn für einen beantragten Beihilfefall ein Leistungsausschluss der Krankenversicherung vorliegt.

Liegt ein individueller Leistungsausschluss Ihrer Krankenversicherung vor?

<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, bitte Belegnummer aufführen	Wenn ja, bitte Belegnummer aufführen

19. Erklärung

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Anwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle anzuzeigen sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort anzuzeigen und die Beihilfe für meine/n Ehegatten/in / Lebenspartner/in zurück zu zahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder nachträglich erhöht wurden. (z.B. durch Feststellung des Finanzamtes). Für die hier geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Die Datenschutzhinweise gemäß Art 13 und 14 DSGVO auf dieser Seite habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum
Unterschrift der antragstellenden Person

Datenschutzhinweis gemäß Art 13 und 14 Datenschutz -Grundverordnung DSGVO

Ihre Daten werden von der Universität des Saarlandes zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter www.uni-saarland.de/verwaltung/datenschutz abrufen. Die /Den behördliche/n Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@uni-saarland.de .

