

Grunddatenblatt des Antragstellers (Hessen)

(bitte nur ausfüllen bei Erstanträgen oder Änderungen)

zum Beihilfeantrag mit Datum (TT.MM.JJJJ) _____

1. Angaben zum Beihilfeberechtigten - Dienstlich

Beihilfekennung	Mitgliedsnummer	Mitgliedsname
Anschrift Dienststelle: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	
Haushaltsstelle	Personalnummer	Dienststelle/Organisationseinheit
Amts-/Dienstbezeichnung		Besoldungs-/Entgeltgruppe Seit:

2. Angaben zum Antragsteller (Beihilfeberechtigter/Bevollmächtigter) - Privat

Name	Vorname	Geburtsdatum
Titel	Anschrift: Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort	
Telefonnummer privat	Telefonnummer dienstlich	E-Mailadresse
Bankverbindung		
BIC	IBAN/SWIFT	
Bankname		

3. Angaben zur Antragsberechtigung

a)	Witwe eines	Waise eines	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ
b)	Beamter seit		<input type="text"/>	
	Beamtenanwärter seit - bis voraussichtlich		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DO-Angestellter seit		<input type="text"/>	
	Angestellter mit beamtenrechtlicher Versorgung seit		<input type="text"/>	
	Tarifbeschäftigter im öffentlichen Dienst seit		<input type="text"/>	
	vollzeitbeschäftigt		<input type="text"/>	
	teilzeitbeschäftigt mit Wochenstunden		<input type="text"/>	
	befristet beschäftigt von - bis		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versorgungsempfänger seit		<input type="text"/>	
	Ruhegehaltssatz in %		<input type="text"/>	
	in Altersteilzeit seit - bis voraussichtlich		<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Angaben zum Familienstand und zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

a) Familienstand:

ledig

verheiratet verwitwet geschieden seit

eingetragene Lebenspartnerschaft seit

b) Ehegatte

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

b) Kinder

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

5. Beurlaubung

Elternzeit von - bis

Beurlaubung ohne Bezüge von - bis
gem. § 80 Abs. 2 HBG

Sonstige Beurlaubung von - bis

6. Antrag auf Freistellung von Eigenanteilen an Arznei- und Verbandmitteln

Die Höhe der Versorgungsbezüge im Monat der Antragserstellung liegen unter 1125 Euro brutto.

Sie betragen _____ Euro

Nachweis anbei

Nachweis liegt bereits vor

7. Unterschrift Antragsteller (Beihilfeberechtigter/Bevollmächtigter)

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift

8. Bescheinigung der Dienststelle

Nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder Dienstherrn/Arbeitgeberwechsel.

Die Richtigkeit der obigen Angaben und des beiliegenden, vollständig ausgefüllten Beihilfeantrags wird bestätigt.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift