

**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  Ja  Nein  
Krankenversicherung?

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