

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 4 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja

Nein

Ja: bitte Nr. 1 bis 4 vollständig ausfüllen

Nein: bitte weiter bei Nr. 5

1 Angaben zum/zur Beihilfeberechtigten und zur Berücksichtigung von Angehörigen

Sind oder waren Sie, Ihr Ehegatte bzw. der andere Elternteil oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung berufstätig, in (Hoch-)Schul-Berufsausbildung, Wehr- Zivildienst/FSJ-leistend, arbeitslos, in Mutterschutz oder Elternzeit, Empfänger/in von Versorgungsbezügen oder Renten oder in einem Amts- oder Abgeordnetenverhältnis?

Nein

Ja, und zwar für: (bitte auch beantworten, wenn keine Aufwendungen für die Person geltend gemacht werden)

Zum Ausfüllen der Spalte "B" siehe Anmerkung 6 auf Seite 4

Name, Vorname													von												bis											
													T T M M J J - T T M M J J																							

Für folgende Kinder steht mir Kindergeld **nicht** zu:

Name, Vorname												

Anderer Eltern- teil bezieht Fam.-/ Orts-/ Sozialzuschlag	Wegfall des Kindergeld- anspruchs	rückwirkender Wegfall des Kindergeld- anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Krankenversicherungsschutz

Bitte auch ausfüllen, wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird

versicherte Person	Name, Vorname	Geburtsdatum					
		T	T	M	M	J	J
Person 1	Antragsteller/in						
Person 2	Ehegatte bzw. anderer Elternteil						
Person 3	Kind						
Person 4	Kind						
Person 5	Kind						

Name der Krankenversicherung	privat vers.	privatvers. Standard-tarif	freiwillig gesetzl. vers.	pflicht- vers.	familien- vers. bei 1 oder 2	rentnerkran- kenversichert -KVdR-	nicht vers.
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden?

Name, Vorname													Zeitpunkt					
													T T M M J J					

