

Angaben zum Antragsteller:		Personalnummer (bitte stets angeben):	
Name:			
Vorname:		Eingangsstempel	
Geburtsdatum:			
Thüringer Landesamt für Finanzen Beihilfestelle Ernst-Toller-Straße 14 07545 Gera		Kurzantrag auf Beihilfe <input type="checkbox"/> mit Pflege – „die Anlage Pflege“ ist beigefügt	
		Ich bitte um Zusendung folgender Formulare: (Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen!)	
		Kurzantrag auf Beihilfe Antrag Pflege Antrag auf Beihilfe	
Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle ist nicht der Kurzantrag auf Beihilfe, sondern der vollständige Antrag auf Beihilfe zu verwenden.			
Anzahl der beigefügten Belege:		Telefon privat: freiwillige Angabe	
Antragssumme:	€	E-Mail privat: freiwillige Angabe	
	Der Beihilfeberechtigte ist verstorben am		
1	Haben sich bei folgenden unter den Nummern 2, 3, 5 und 10 des letzten „Antrags auf Beihilfe“ Änderungen ergeben und/oder sollen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einem Unfall oder anderen schädigenden Ereignis stehen, geltend gemacht werden?		
	ja, dann nicht diesen „Kurzantrag auf Beihilfe“, sondern den „Antrag auf Beihilfe“ verwenden.		nein, dann weiter bei Nr. 2
2	Sofern Aufwendungen für den/die Ehegatte/in oder den/die Lebenspartner/in (als Lebenspartner gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartner/innen) mit diesem Antrag geltend gemacht werden:		
	Vorname und ggf. abweichender Familienname		
	Unterschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) der/des Ehegattin/en bzw. der/des Lebenspartnerin/s den Betrag von 18.000 Euro?		
	ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung; der Steuerbescheid liegt vor	ist beigefügt	nein
	ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		
3	Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut usw.) eines nahen Angehörigen (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern, Kinder der behandelten Person) geltend gemacht? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis über die entstandenen Sachkosten beifügen)		
	ja, Name der behandelnden Person: _____		nein
4	Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. – beifügen)		
	ja, für folgende Personen: _____		nein
5	Werden Leistungen einer Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen? (Belege bitte kennzeichnen <u>und</u> Versicherungsansprüche nachweisen)		
	ja, für folgende Personen: _____		nein

