

Ausgefüllt und unterschrieben zurück an

Performa Nord
Beihilfefestsetzungsstelle
Schillerstr. 1
28195 Bremen

Eingangsstempel Performa Nord

Zutreffendes bitte ankreuzen

Beihilfeberechtigte Person	
4-stellige Kundennummer & 7-stellige Personalnummer	Telefon (freiwillige Angabe)
Name, Vorname	Geburtsdatum
Eintrittsdatum in den öffentlichen Dienst	E-Mail (freiwillige Angabe)
Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens ein Jahr ununterbrochen im bremischen öffentlichen Dienst tätig bin.	Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens zehn Jahre dem öffentlichen Dienst angehöre.

Wichtige Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen der persönlichen Daten bitte das Blatt „Persönliche Daten“ beilegen. ▶ Reichen Sie bitte keine Originale ein, sondern gut lesbare Duplikate, Zweitschriften oder eigenständige Fotokopien. ▶ Sämtliche Belege werden nicht zurückgeschickt, sondern nach Rechtskraft des Beihilfebescheides bei uns vernichtet. Bitte sorgen Sie selbst für Kopien. ▶ Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird. ▶ Eine Beihilfe wird bei Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung nur gewährt, wenn die mit Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen mehr als 200 € betragen. Erreichen die beihilfefähigen Aufwendungen aus sechs Monaten diese Summe nicht, so ist abweichend auch hierfür eine Beihilfe zu gewähren. ▶ Beachten Sie bitte das Blatt „Ausfüllhinweise“. Hier finden Sie weitere Informationen und welche Anlagen beigefügt werden müssen. ▶ Formulare finden Sie im Internet unter https://performanord.bremen.de unter der Rubrik Dokumente → Beihilfe & Heilfürsorge.

1. Bankverbindung	(bitte die Ausfüllhinweise beachten)
Hiermit bestätige ich, dass die Auszahlung abweichend vom Gehaltskonto ausgezahlt werden soll.	Name Kontoinhaber:in
IBAN	BIC

2. Aufwendungssumme und Beleganzahl	
Gesamtsumme der Aufwendungen in Euro	Gesamtanzahl der Belege

3. Unfall, Verletzung, Gesundheitsschaden		(bitte die Ausfüllhinweise beachten)	
Art des Ereignisses			
Dienst- bzw. Arbeitsunfall	Unfall im privaten Bereich	Schulunfall	anderes schädigendes Ereignis
Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt: Belege vom (Rechnungsdatum)		Datum der Schädigung	
a. Schädigung wurde ausschließlich durch Eigenverschulden verursacht			
▶ kurze Beschreibung über den Sachverhalt		ist beigefügt	liegt bereits vor
b. Schädigung wurde eventuell oder sicher durch Dritte verursacht (Bitte machen Sie diese Aufwendungen mit einem gesonderten Beihilfeantrag geltend)			
▶ kurze Beschreibung über den Sachverhalt		ist beigefügt	liegt bereits vor
▶ Vordruck „Finanzielle Hilfe“		ist beigefügt	liegt bereits vor
Besteht ein Schadenersatzanspruch bzw. Schadenregulierung (z.B. aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Opferentschädigungsgesetz oder andere Kostenerstattungs Vorschriften)?		ja	nein
▶ Ablehnungsbescheid / Erstattungsnachweis		ist beigefügt	liegt bereits vor

4. Einkünfte Ehe- bzw. eingetragene:r Lebenspartner:in		
Übersteigt der Gesamtbetrag der nachzuweisenden Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) der:des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehe- bzw. eingetragene:r Lebenspartner:in im Kalenderjahr vor der Antragstellung 12.000 €?	ja	nein
▶ Einkommensteuerbescheid	ist beigefügt	liegt bereits vor
Sofern sich die Einkünfte im Kalenderjahr der Stellung des Beihilfeantrages verringert haben, wird die Beihilfe unter Zugrundelegung der nachgewiesenen reduzierten Einkünfte neu berechnet. Die Nachberechnung erfolgt nur auf schriftlichen Antrag. Der Antrag ist spätestens drei Monate nach Ablauf des entsprechenden Kalenderjahres zu stellen.		

5. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit einer/eines nahen Angehörigen	
Nahe Angehörige sind: Ehepartner:innen, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger:innen, Schwiegereltern und Geschwister der beihilfeberechtigten Person oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.	
▶ Nur auszufüllen, wenn Sie entsprechende Aufwendungen für diese Personen geltend machen wollen.	
Es handelt sich um folgende Aufwendungen:	
Name, Vorname (der Behandlerin / des Behandlers)	Verwandtschaftsverhältnis
_____	_____
_____	_____

6. Abweichende antragstellende Person			(bitte die Ausfüllhinweise beachten)	
(nur auszufüllen, wenn Sie nicht die beihilfeberechtigte Person sind)				
Bevollmächtigte:r	Kind, Ehe- oder Lebenspartner:in	sonstige:r		
Name, Vorname (der antragstellenden Person)				
Anschrift				
▶ Nachweis			ist beigefügt	liegt bereits vor

7. Zusendung von Antragsformularen	
Ich benötige:	
Antrag - krankheitsbedingte Aufwendungen	Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“
Antrag - pflegebedingte Aufwendungen	Ergänzungsantrag bei vollstationärer Pflege
Ausfüllhinweise	Folgendes

8. Unterschrift	
Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrages die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich überzahlte Beihilfe zu erstatten habe. Zudem wurden für die geltend gemachten Aufwendungen bisher keine Beihilfe beantragt und gewährt.	
Ort, Datum	Unterschrift