

Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“ Bremische Bürgerschaft



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. ▶ Bitte füllen Sie nur die Rubriken aus, in denen sich Änderungen ergeben haben. (Nur die neuen Daten eintragen) ▶ 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. Anschrift	(bitte die Ausfüllhinweise beachten)
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

2. Bankverbindung	
Hiermit bestätige ich, dass die Auszahlung abweichend vom Gehaltskonto ausgezahlt werden soll.	Name Kontoinhaber:in
IBAN	BIC

3. Arbeitsverhältnis				
Status	Beamter:in	Versorgungsempfänger:in	Arbeitnehmer:in	
Arbeitszeit	vollzeitbeschäftigt	teilleistbeschäftigt mit	Wochenstunden	Passive Altersteil- / Elternzeit

4. Ehe- bzw. eingetragene:r Lebenspartner:in (bitte die Ausfüllhinweise beachten)		
Name, Vorname	selbst beihilfeberechtigt ja nein	Geburtsdatum
verheiratet bzw. eingetragen seit	geschieden bzw. aufgehoben seit	verwitwet bzw. Partner:in verstorben seit

5. Kinder		
Werden / Wurden Kinder während der letzten zwölf Kalendermonate bei der Beihilfeberechtigten Person im Familien- / Sozialzuschlag berücksichtigt?		
		ja nein
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Berücksichtigungszeitraum (von / bis)

6. Kranken- und Pflegeversicherungsschutz									
	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung				versichert seit	nicht versichert
	Prozenttarife			pflicht-versichert	freiwillig versichert	versichert bei			
	ambulant in %	stationär in %	Zahn in %					Beihilfe-berechtigte Person	Ehe- bzw. Lebens-partner:in
Beihilfeberechtigte Person						 	 		
Ehe- bzw. Lebenspartner:in						 	 		
Name Kind									
Name Kind									
Name Kind									
Name Kind									
▶ Nachweise						sind beigelegt		liegen bereits vor	

7. Todesfall
Die beihilfeberechtigte Person ist verstorben am

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

9. Zusendung von Antragsformularen	
Ich benötige:	
Antrag - Krankheitsbedingte Aufwendungen	Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“
Antrag - Pflegebedingte Aufwendungen	Ergänzungsantrag bei vollstationärer Pflege
Ausfüllhinweise	Folgendes

10. Unterschrift	
Ich versichere mit dem Einreichen dieses Ergänzungsblattes die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.	
Ort, Datum	Unterschrift