

**Antrag auf Gewährung einer Beihilfe****(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)**Bitte in Druck- oder Maschinschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen**Anlage 1**

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen

**Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:**

Bitte alle Fragen beantworten

**Bei wiederholter Antragstellung:**

Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 – 5 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

☐ nein (nur Nr. 1, 2 u. 6 ☐ ja (Nr. 1 bis 6 vollständig ausfüllen ausfüllen)

					Pers.-Nr. oder Beihilfe-Nr.					
Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe der antragstellenden Person					Geburtsdatum					
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort					Telefon tagsüber					
Dienststelle		Nur Arbeitnehmer: Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Vollbeschäftigung:		Zahl der Wochenstunden:			Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: vom bis					
Familienstand		verheiratet seit		geschieden seit		verwitwet seit		getrennt lebend seit		
<input type="checkbox"/> ledig										
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname <sup>1)</sup>					Geburtsdatum <sup>1)</sup>					
Es ist ein Abschlag gewährt worden					durch Bescheid vom		in Höhe von			
Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto Nr.					Bankleitzahl		bei (Bank, Sparkasse, Postbank)			
<b>Kinder</b> (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) Name, Vorname					Geburtsdatum		Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten für das Kind Kindergeld zu? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Falls nein: Ist das Kind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:</b>										
Personen  (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht versichert	Nur Beamte, Versorgungsempfänger Privat: versichert bei <sup>4)</sup>	Nur Arbeitnehmer Privat: versichert seit: <sup>4)</sup>	In einer gesetzlichen Krankenversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V stand zu: <sup>5)</sup>			
				pfl.-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert über	für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Antragstellende Person (A)	<input type="checkbox"/>					E				
Ehegattin/Ehegatte (E)	<input type="checkbox"/>					A				
Kind 1 (K 1)	<input type="checkbox"/>					A	E			
Kind 2 (K 2)	<input type="checkbox"/>					A	E			
Kind 3 (K 3)	<input type="checkbox"/>					A	E			
Kind 4 (K 4)	<input type="checkbox"/>					A	E			
Kind 5 (K 5)	<input type="checkbox"/>					A	E			

Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehegatten Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und die Ehegattin/der Ehegatte ebenfalls beihilfeberechtigt ist. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.

Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.

Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.

Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen, in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 8 und 9.

<b>6 Nur auszufüllen</b>					
<b>a</b>	<b>bei vorrangigen Ansprüchen</b>	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt)			
<b>b</b>	von antragstellenden Personen, die für Aufwendungen der Ehegattin/des Ehegatten oder Kinder eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
		Sind oder waren Ehegattin/Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
		Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen
					<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
<b>c</b>	wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ ein Angehöriger Rentenempfänger/Rentenempfängerin ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?	
		Antragsteller/Antragstellerin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Ehegattin/Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Euro
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Euro
<b>d</b>	in Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO			
<b>e</b>	in Todesfällen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Beihilfe nach § 11 Abs. 1 BVO			
		Name der/des Verstorbenen		Todestag	
		Die Friedhofsgebühren wurden nach dem Tarif für Kinderbestattungen berechnet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ich versichere, dass die Aufwendungen für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, Erwerb und Anlegung der Grabstelle oder des Beisetzungsplatzes der Urne einschl. der Grundlage für das Grabdenkmal und die Beisetzung nicht geringer sind als 615 Euro bzw. 410 Euro bei Kinderbestattung.			
<b>f</b>	bei Unfällen	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle): Beleg Nr. _____ Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck <b>Unfallbericht</b> ausfüllen			

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag sind keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht worden, die von Ehegatten, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Blatt 1  
vom

[illegible]

- 1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:
- |                                    |   |                         |
|------------------------------------|---|-------------------------|
| AB = Ärztliche Behandlung          | KH = Stationäre Krankenhausbehandlung       | BF = Beförderungskosten |
| ZB = Zahnbehandlung                | SB = Sanatoriumsbehandlung                  | BK = Bestattungskosten  |
| RP = Arznei- und sonst. Heilmittel | HK = Heilkur                                | SO = Sonstiges          |
| KB = Kieferorthop. Behandlung      | HM = Hilfsmittel (Brille, Hörgerät u. dgl.) |                         |
- 2) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 5 des Antragsvordrucks verwenden (A, E, K 1, K 2 usw.)

---

 Ort, Datum

1.

### Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen

Sehr geehrte Antragstellerin,  
Sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 Euro, bei stationärer Behandlung und Heilkuren mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

#### Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin gewährt wurde:

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten / Ihre Ehegattin gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die er / sie seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlg.: Rechnungsbelege

2. Auszahlungsanordnung über \_\_\_\_\_ Euro fertigen - Kapitel \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_ - Erl. \_\_\_\_\_  
Namenszeichen, Datum

Abschlag von \_\_\_\_\_ Euro abziehen (Verf. vom \_\_\_\_\_)

Abschlag von \_\_\_\_\_ Euro abziehen (Verf. vom \_\_\_\_\_)

Abschlag von \_\_\_\_\_ Euro abziehen (Verf. vom \_\_\_\_\_)

noch zu zahlen \_\_\_\_\_

3. Reinschrift absenden. Erl. \_\_\_\_\_  
Namenszeichen, Datum

4. Z. d. A.

Sachlich richtig

I.A.

---

vom

[illegible]

- 2) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 5 des Antragsvordrucks verwenden (A, E, K 1, K 2 usw.)

---

---

---

  

---

Ort, Datum**Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen**

Sehr geehrte Antragstellerin,  
Sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 Euro, bei stationärer Behandlung und Heilkuren mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

**Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin gewährt wurde:**

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten / Ihre Ehegattin gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die er / sie seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihres Ehegatten / Ihrer Ehegattin im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Anlg.: Rechnungsbelege