

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe**(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)**

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten: <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 Ehemannes, ggf. abweichender Familienname ¹⁾	Geburtsdatum ¹⁾				
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)				
Kinder (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	Anspruchszeitraum 2,3) (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen <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		<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		<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		<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		<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		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:

Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht versichert	Nur Beamte, Versorgungssem- pfänger Privat: versichert bei 4)	Nur Arbeitneh- mer Privat versichert seit: 4)	In einer gesetzlichen Krankenversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungs- beitrag nach § 257 SGB V stand zu: 5)		
				pflicht- versichert bei	freiwillig versichert bei	familien- versichert über	für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Krankenversiche- rungsbeitrag im Antragsmonat Euro
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antragstellende Person (A)						E			
Ehegattin/ Ehegatte (E)					A				
Kind 1 (K 1)					A	E			
Kind 2 (K 2)					A	E			
Kind 3 (K 3)					A	E			
Kind 4 (K 4)					A	E			
Kind 5 (K 5)					A	E			

Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehemann Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und die Ehegattin/der Ehemann ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr ggf. zuzgl. 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.

Nur auszufüllen				
a	bei vorrangigen Ansprüchen	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallsfürsorgebestimmungen, 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	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 Unterhalts geld 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"/>
c	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? Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragsteller/ Antragstellerin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Ehegattin/ Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d	in Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO		
e	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.		
f	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 Unfallbericht 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 anzugeben 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, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt werden sind.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Anlage zum Beihilfeantrag
des/der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe)

Blatt 1
vom

Zusammenstellung der Aufwendungen (bitte in doppelter Ausfertigung vorlegen)

- 1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:
 AB = Ärztliche Behandlung KH = Stationäre Krankenhausbehandlung
 ZB = Zahnbefindung SB = Sanatoriumsbehandlung
 RP = Arznei- und sonst. Heilmittel HK = Heilkur
 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.

Anlage zum Beihilfeantrag
des/der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe)

Blatt 2
vom

Zusammenstellung der Aufwendungen (bitte in doppelter Ausfertigung vorlegen)

- 1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:
 AB = Ärztliche Behandlung KH = Stationäre Krankenhausbehandlung
 ZB = Zahnbearbeitung SB = Sanatoriumsbehandlung
 RP = Arznei- und sonst. Heilmittel HK = Heilkur
 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.).

BF = Beförderungskosten
BK = Bestattungskosten
SO = Sonstiges

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