	Antrag auf Gewährung einer Beihilfe							Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen x oder ausfüllen												ge 1	
	(ohne Aufwe Pflege)	ndur	ıgen füı	dauer	nde			endung derem								f					
	Г Г						\neg														
								Bei e Bitte							ng mi	t die	sem Vordruc	k:			
	L							letzte	n sic en Ar	ch Ä ntra n (n	Ander g auf nur N	unge Beh	n b	ei de erge	n Fra	-] ja (3 – 5 gegenübe Nr. 1 bis 6 s sfüllen)				n im
														Pe	ersN	r. ode	r Beihilfe-Nr.				
1	Name, Vorname, Amts	bezeichn	ung/Vergütung	sgruppe der a	intragstelle	nden P	Person							G	eburts	datur	n				
	Straße, Hausnummer, I	Postleitzal	hl, Wohnort											Т	elefon	tagsü	ber				
	Dienststelle	Nur Arbei Begründu			1 .	/erhäl	ltnis	sses vo	or der	n 01	.01.1	999									
	Vollbeschäftigung:				ja	Beur	l rlaubung	nein ohne Be	züge	in c	len let	zten	12 N	Ionat	en:						
	ja nein Zahl der Wochenstunden: Familienstand verheiratet seit: geschieden seit:						nein	ja C	runc		nt leb	and s	oit:	vom bis eingetragene Lebenspartnerschaft seit: 1)							
	Familienstand verheiratet seit: geschieden seit:						verwitwet/ hinterblieben seit:					Aufgehoben seit: Geburtsdatum ²⁾									
	Vorname des Ehegatter	n / Lebens	spartners, ggf.	abweichender	Familienn	iame 2))							G	eburts	datur	n ²⁾				
2	Es ist ein Abschlag gev	vährt wor	den	durch Besc	heid vom				in I	Höl	he voi	1		<u> </u>							
3	Ich bitte, die Beihilfe z	u überwe	isen auf das Ko	onto Nr.		Banl	kleitzahl		be	i (Ba	ınk, Spa	rkasse,	Postb	ank)							
4	Kinder										nen od			nein:					Hat eine		
	(Bitte alle berücksichti angeben, auch wenn fü geltend gemacht werde Name, Vorname	r diese ke			O -	G	Geburtso	latum	Let das	bensj s Kin	Ehegatte partner id geld zu	für	Fam /Soz berü berü	as Kin ilien-/ ialzus cksich cksich gsfähig	Orts- chlag itigt ode iti-	er	Anspruchs- zeitraum ^{3, 4} (vom/bis))	Ansprudhilfe ? Bitte di belege l	ch auf Falls j e Orig	Bei- a: ginal-
ĺ	1								F	ja	ı [nein	F	ja	$\overline{}$	nein		F	ja	Г	nein
	2									ja	ı [nein	E	ja		nein			ja		nein
	3									ja	1	nein	上	ja	1	nein		_	ja		nein
Ļ	4	T.1	/T. 1	. 177			1 .	77 1	上	ja	_	nein		ja	1	nein			ja		nein
5	Antragstellende Personen	Nicht ver- sichert	Nur Beamte, Versor- gungsem-	Nur Arbeitneh- mer	In einer g Kostener nein ja:	gesetzl rstattur	l. Krank ng gewäl	enversicl nlt:	herun	g	Zuscl § 26	nuss e Abs. :	2 SC	B II,	, § 257	SGE	m Krankenvers V, § 61 SGB X rnommen: 6)				
	(Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		pfänger Privat: versichert bei ⁵⁾	Privat versichert seit: ⁵⁾	pflicht- versicher bei	rt v	freiwillig versicher bei	,	nilien- rsichert er		Jahr: für die Zeit vom - bis			Zι	astehender aschuss im tragsmonat Euro	ru	Krankenversiche- rungsbeitrag im Antragsmonat Euro				
	1 Antragstellende	2	3	4	5	+	6		7 E	3/L			8				9	+		10	
	Person (A) Ehegatte (E)/					_		A		7								-			
	Lebenspartner (L)					\perp		A	F	E/L								-			
	Kind 1 (K 1)							A		3/L								-			
	Kind 2 (K 2)							A	Γ	3/L											
	Kind 3 (K 3)	<u> </u>								3/L 3/L											
	Vind 4 (V 4)	\vdash						A	Е	/L											

Bei erstmaliger Antragstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen.

Nur ausfüllen, wenn für den Ehegatten / Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der Ehegatte / Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt 1) 2)

Nur austruien, wenn für den Enegatien/ Lebenspatien Aufweitungen genang genang genang kennen werden, des Arbeits vermitzung zur Verfügungsfähig 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. 3)

⁴⁾ 5) 6)

Nur auszufüllen												
bei vorrangigen Ansprüchen	gesetzliche Unfallv	ersicherun	ig, Unfa	llfürsorgebes								
	nein											
		Leistung bitte auf besonderem Blatt)										
von antragstellen- den Personen, die	Kalenderjahr vor de (Bei erstmaligem R	er Antrags entenbezug	tellung	18.000 Euro	überstiege	n?		_				
für Aufwendungen des Ehegatten/	nein											
Lebenspartners oder Kinder eine Beihilfe beantragen	berufstätig, Empfänger von bea	Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld ?										
	Name dieser Person Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge beih rech								Falls selbst beihilfebe- rechtigt, bitte ankreuzen			
					I							
wenn die antrag- stellende Person oder ein Ange- höriger Renten- empfänger ist	rung in der Krankenver- sicherung der Rentner nach dem 31.12.1993 ? oder bis 31.03.2004 am Pflegeversicherungsbeitrag? Falls ja: Höhe des zustehenden Ar Zeitpunkt des Entstehens							Anteils im				
	Antragssteller	nein		ja	nein		ja		Euro			
	Ehegatte/ Lebenspartner	nein		ja	nein		ja		Euro			
	Kind	nein		ja	nein		ja		Euro			
in Geburtsfällen und bei Adoptionen	Ich beantrage ei	nen Zusch	uss für	die Säuglings	s- und Klei	nkind	erausstattung na	ach § 9 Abs. 1 BVO				
bei Unfällen	Folgende Aufwend Unfälle):	ungen wur	rden dui	rch einen Un	fall verursa	acht (d	azu gehören au	ch Sport-, Spiel-, Schu	ıl- und häusliche			
	Beleg Nr Bitte Unfallschilder	rung beifü	gen ode	r bei Drittvei	schulden b	oesond	leren Vordruck	Unfallbericht ausfülle	en			
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 / Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der												
0 0	e e					_						
e Daten werden nur f	für Zwecke der Beil	nilfefestse	tzung e	rhoben (§§ 3	3 und 12 B	SVO).						
t, Datum					Unterso	hrift d	ler antragstellen	den Person				
	von antragstellenden Personen, die für Aufwendungen des Ehegatten/ Lebenspartners oder Kinder eine Beihilfe beantragen wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist in Geburtsfällen und bei Adoptionen bei Unfällen a versichere nach beseisermäßigungen oder ücksichtigungsfähigt diesem Beihilfeantmacht worden, die vollandelten Person dur die geltend gemach ein Daten werden nur feite Daten werden nur feite der versichere den der die geltend gemach ein Daten werden nur feite den den der der den der der den der den der den der den der der den den der den der den der den der den den der den der den der den den der der den der den der den der den der den den der den der den der den den der den den der den	wenn die antragstellender Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist wenn die antragstellender Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist Antragssteller Ehegatte/ Lebenspartner Kind in Geburtsfällen und bei Adoptionen bei Unfällen Folgende Aufwend Unfälle): Beleg Nr Bitte Unfallschilder sversichere nach bestem Wissen die Voleisermäßigungen oder Preisonachlässe auf it diesem Beihilfeantrag sind keiner Aufwendungen in die geltend gemachten Aufwendungen in Daten werden nur für Zwecke der Beil	Bestehen Ansprüche zu den gesetzliche Unfallversicherur oder arbeitsvertraglichen Ver nein	Bestehen Ansprüche zu den geltend gesetzliche Unfallversicherung, Unfa oder arbeitsvertraglichen Vereinbaru nein ja (Angabe de Leistung beschen Personen, die Beihalfe beantragen des Ehegatten/ Lebenspartners oder Kinder eine Beihilfe beantragen Beihilfe beantragen Beihilfe beantragen des Ehegatten/ Lebenspartners oder Kinder eine Beihilfe beantragen Beihilfe bein Beihilfe bein Beihilfe bein Beihilfe bein Beihilfe bein Beihilfe bein Beihilfe auch von Engattel / Lebenspartner, Ett diesem Beihilfeantrag sind keine Aufwendungen wurde eine Beihilfe der Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen wurden eine Beihilfe beiten wur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen beiten bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung der Rechenbarung bei für ber bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung gestellen bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung der Rechenbarung bei für ber bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung der Rechenbarung bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung der Rechenbarung bei für ber ber beihilfefestsetzung der Rechenbarung bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung der Rechenbarung bei Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung der Rechenbarung der Rechenbarung der Rechenbarung der Rechenbarung der Rechenbarung der Rec	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten A gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebes oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? nein	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendung gesetzliche Unfallversicherung. Unfallfürsorgebestimmunge oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? nein	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen au gesetzliche Unfallversicherung, Unfalfürsorgebestimmungen, Bur oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? nein	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von som gesetzliche Unfallversicherung. Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigt oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschrift gesetzliche Unfallversicherung. Unfalfürsorgebestimmungen, Bundesserischädigungsgesetz, Bundesver oder arbeitsvertraßtehen Vereinburungen?			

A	nlage	zum	Reih	ilfear	ıtrao

des/der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe)

Blatt 1 vom

Zusammenstellung der Aufwendungen (bitte in doppelter Ausfertigung vorlegen)

										Nicht von der antragstellenden Person auszufüllen								
Be-	Datum			J. Huszulu		ī	_eistungen vo	on	Dem Grunde n		Beihilfefäh		Beihilfefäh		Beihilfefäh	iger		
leg	der	Empfän- ger ²)	1	Rechnungsb	etrag	1	/ersicherunge	en	beihilfefähig	er	Betrag	-	Betrag		Betrag			
Nr.	Rechnung	der Lei	stung		1 ~		Tarif oder Be		Betrag	1 ~	A	%	E/L	%	K 80%	<u> </u>		
1	2	3	4	Euro 5	С	%	Euro 6	С	Euro 7	С	Euro 8	С	Euro 9	С	Euro 10	С		
					1									-				
					1													
					1									├				
								\vdash										
														_				
					1													
		-			1			-		-				-				
					1													
					İ			<u> </u>								-		
					1													
					<u> </u>									<u> </u>				
					1			<u> </u>						 		+		
					1													
					-									-		-		
Sun	ımen																	
Reil	hilfe																	
											C	I						
Hoc	chstbetragsbe Den	recunu 1 Grunde	ng : nach be	eihilfefähige	Anfw	endi	ıngen				Summe Beihilfe:							
				ersicherung		· · · · · ·				 	Beiline.	l		l				
											1							
		hstbetrag																
Beil	nilfe / Höchstb	etrag de	er Beih	ilfe								Re	echnerisch	richt	ig			
Zuse	chuss gem. §	BA	/O]							
Beil	nilfe insgesam	t																
	tendämpfungs		ale								1							
	urechnende A										1							
			,0								 		Hat1	Ω.		-		
Aus	zuzahlender E											Unterschri	It					

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

AB = Ärztliche Behandlung
ZB = Zahnbehandlung
$$\begin{split} KH &= Station \ddot{a}re\ Krankenhausbehandlung \\ SB &= Sanatoriumsbehandlung \end{split}$$

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, L, K 1, K 2 usw.)

BF = Beförderungskosten

SO = Sonstiges

	Ort, Datum
	3., 2
1.	
1.	
Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwend	lungen
Sehr geehrte Antragstellerin, Sehr geehrter Antragsteller,	
auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilf	e gewährt.
Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Soferstationärer Behandlung und Heilkuren mehr als 1.000 Euro beträ verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren	gt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung
Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen	des Ehegatten / Lebenspartners gewährt wurde:
Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkün Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 E Ehegatten / Lebenspartner gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die e oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält. Die Beihilfe zu der Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro	Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für den Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Ir seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses in Aufwendungen des Ehegatten / Lebenspartners wird unter dem nachweisen, dass die Einkünfte des Ehegatten / Lebenspartners
Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt aus	sgezahlt.
Mit freundlichen Grüßen	
Anlg.: Rechnungsbelege	
2. Auszahlungsanordnung überEuro fertigen - Kap	itel Titel - Erl
Abschlag vonEuro abziehen (Ver	rf. vom)
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	rf. vom)
Abschlag vonEuro abziehen (Ver	rf. 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)

Man	dan antuanst	امسطه	n Dana		lan		8- (Nicht won d		m tuo matalla	n d or	n Dansan as		Cullon	
	der antragst	enenae	n Pers	on auszutui	ien				Nicht von d				1			
Be- leg	Datum der	Empfän- ger ²)	Art 1)	Rechnungsb	etrag	I	eistungen vo Versicherunge	n en	Dem Grunde n beihilfefähig	er	Beihilfefäh Betrag		Beihilfefähiger Betrag		Beihilfefähiger Betrag	
Nr.	Rechnung	der Lei				%-7	arif oder Be		Betrag	Betrag		%	E/L %		K 80%	
1	2	3	4	Euro 5	С	%	Euro 6	С	Euro 7	С	Euro 8	С	Euro 9	С	Euro 10	С
1		3	-						,				, ,		10	Τ
														\vdash		-
														\vdash		+
																<u> </u>
												1				1
												-				+
																+
																Ļ—
																1
												1				+
																<u> </u>
					1											\dagger
																
																1
																1
												1				1
Sun	ımen															
				ı	-			1								
	nilfe															
Höc	hstbetragsbe	rechnu	ng	11.110.0.11							Summe					
				eihilfefähige	Autw	endu	ıngen				Beihilfe:					
	ab L	eistunge	n der V	ersicherung												
	Höc	hstbetrag	g der Be	ihilfe												
Beil	nilfe / Höchstb	etrag de	er Beih	ilfe												
	chuss gem. §	BV									1					
	nilfe insgesam															
			1								-					
	tendämpfungs															
	urechnende A		je													
Aus	zuzahlender B	Betrag														

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

AB = Ärztliche Behandlung KH = Stationäre Krankenhausbehandlung

ZB = Zahnbehandlung 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, L, K 1, K 2 usw.)

BF = Beförderungskosten

SO = Sonstiges

8	5	4
---	---	---

Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen - Nr. 34 vom 10. August 2005

 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 des Ehegatten / Lebenspartners gewährt wurde:

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