

Datum

Telefon für evtl. Rückfragen

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe vom _____

Mitglieds-Nr.	Beihilfe Personal-Nr.	Dienststellenpersonal-Nr.	Verrechnungsstelle
---------------	-----------------------	---------------------------	--------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Spalten deutlich in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:

Bitte alle Fragen beantworten und
 Nr. 8 durch den Dienstherrn/Arbeitgeber ausfüllen lassen

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen bei den Fragen 3, 4 und 7 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

Nein ▶ Nur Nr. 1, 5 und 6 ausfüllen

Ja ▶ Nr. 1 bis 7 vollständig ausfüllen

Die Abfragen zu Ehegatten gelten auch für eingetragene Lebenspartner

1	Name, Vorname, Besoldungs-/Entgeltgruppe der/des Beihilfeberechtigten		Geburtsdatum					
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			Austritt am				
	Dienststelle		Einstellungsdatum		im Ruhestand seit			
	Antrags- berechtigt als	<input type="checkbox"/> Beamtin/ Beamter	<input type="checkbox"/> auf Widerruf im Vorbereitungsdienst	<input type="checkbox"/> Arbeit- nehmer/-in	<input type="checkbox"/> Versorgungs- empfänger/in	seit		
	Nur Arbeitnehmer:							
	Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit			
	Vollbeschäftigung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahl der Wochenstunden			
	Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis, Grund			
	Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet ¹⁾	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden ²⁾	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, Name, Geburtsdatum ³⁾			Ehegatte im öffentlichen Dienst? <input type="checkbox"/> ja ▶ Bitte Nr. 6b ausfüllen <input type="checkbox"/> nein				
2	durch Bescheid vom		in Höhe von €					
Es ist ein Abschlag gewährt worden <input type="checkbox"/>								
3	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto-Nr.		BLZ	bei Geldinstitut				
4	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?	Ist das Kind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigt od. berücksichtigungsfähig? ⁴⁾	Anspruchszeitraum ^{4, 5)} (vom - bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte Originalbelege beifügen.		
	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			

1) bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft
 2) bzw. aufgehobene Lebenspartnerschaft
 3) Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die eingetragene Lebenspartnerin/den eingetragenen Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die eingetragene Lebenspartnerin/der eingetragene Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
 4) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr ggf. zuzüglich 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.
 5) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.

5a Beihilfeberechtigte(r), Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:								
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)			In einer gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 26 Abs. 2 SGB II, § 257 SGB V oder wird aufgrund § 207a SGB III übernommen bzw. zum Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI stand zu: ⁷⁾		
	Nicht versichert	Privat versichert bei ⁶⁾	pfllicht-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert über ⁶⁾	Jahr: für die Zeit vom - bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat	Kranken- bzw. Pflegeversicherungsbeitrag im Antragsmonat
	1	2	3	4	5	6	7	8
Beihilfeberechtigte/r (01)	<input type="checkbox"/>							
Ehegattin/Ehegatte (02)	<input type="checkbox"/>							
Kind 1 (03)	<input type="checkbox"/>							
Kind 2 (04)	<input type="checkbox"/>							
Kind 3 (05)	<input type="checkbox"/>							
Kind 4 (06)	<input type="checkbox"/>							

5b Beihilfeberechtigte(r), Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert:								
Beihilfeberechtigte/r (01)	<input type="checkbox"/>							
Ehegattin/Ehegatte (02)	<input type="checkbox"/>							
Kinder (03-06)	<input type="checkbox"/>							

- 6) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.
7) Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in den Spalten 7 und 8.
8) Zutreffendes bitte eintragen: Beihilfeberechtigte/r = 01, Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in = 02

Nur auszufüllen			
6a	bei vorrangigen Ansprüchen	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	
6b	von Beihilfeberechtigten, 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 € überstiegen? (Bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zusätzlich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) <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, Empfänger(in) 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 ▶ Bitte folgende Angaben machen:	
	Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt , bitte ankreuzen
		Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

6c	wenn die/der Beihilfeberechtigte oder ein(e) Angehörige(r) Rentenempfänger(in) ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag?	Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Beihilfeberechtigte(r)	<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	

Nur auszufüllen	
6d in Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO
6e in Todesfällen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Beihilfe nach § 11 BVO Name der/des Verstorbenen _____ Todestag _____ Sterbeort: <input type="checkbox"/> im Inland <input type="checkbox"/> im Ausland
6f bei Unfällen	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle): Beleg-Nr. _____ Bitte Unfallschilderung beifügen; bei Drittverschulden Schädiger angeben!
7a bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen in Pflegefällen	Name, Vorname _____ Pflegebedürftige Person: _____ Stufe _____ Seitens der Pflegeversicherung wurde folgende Pflegestufe festgestellt: _____ Die Pflege soll erfolgen durch: _____ Notwendige Dauer der Pflege, Stunden/Woche: _____ <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflegeheim <input type="checkbox"/> stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kombination ▶ Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung beifügen!
7b bei häuslicher Pflege durch Pflegepersonen (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en) _____ Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson) _____ _____ Stunden/Woche _____ _____ Stunden/Woche _____ ▶ Bitte Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldungen zur Rentenversicherung der Pflegeperson beifügen (ggf. nachreichen)! Unterbrechung der Pflege wegen <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt vom - bis _____ <input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt vom - bis _____ <input type="checkbox"/> Urlaub vom - bis _____ <input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson vom - bis _____
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 bzw. eingetragenen 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 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, 5 und 12 BVO).	
Ort, Datum, Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten	8 Bescheinigung durch die Dienststelle
Vollmacht Bevollmächtigte(r) <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei	▶ Nur bei erstmaliger Antragstellung/Dienstherrenwechsel ▶ Nicht für Mitarbeiter des LVR Die Richtigkeit der Angaben zu den Randnummern 1, 4 und 5 wird bestätigt. Datum, Unterschrift, Stempel der Dienststelle

Mitglieds-Nr.	Beihilfe Personal-Nr.	Dienststellenpersonal-Nr.	Verrechnungsstelle
---------------	-----------------------	---------------------------	--------------------

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Antrag vom

Anlage zum Beihilfeantrag von

Name, Vorname

▼ **Bitte immer ausfüllen**

Besoldungs-/Entgeltgruppe

Von der/dem Beihilfeberechtigten auszufüllen:

Beleg-Nr.	Rechnungsdatum	1) Art der Leistung	2) Empfänger der Leistung	Rechnungsbetrag EUR	Leistungen von Versicherungen		Bemerkungen
					%	EUR	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
Gesamtsumme:							

1) Leistungsarten:

100 Arztkosten	300 ZB konservierend	600 Geldleistung
110 Fahrtkosten	310 ZB Proth. Zahnbehandlung	610 Sachleistung
120 Heilpraktiker	320 ZB KFO-Behandlung	620 Kurzzeitpflege
130 Physiotherapie		640 Vollstationäre Pflege
140 Psychotherapie		
150 Arzneimittel	400 Heilkur	700 Sonstige Leistung
160 Sehhilfe	401 Heilkur Arztbehandlung	
170 Sonstige Hilfsmittel	410 Sanatorium	900 Abschlag / Einbehalt
190 häusliche Pflege	411 Sanatorium Arztbehandlung	910 Verrechnung
200 Stationäre Arztrechnung		
210 Stationäre Unterkunft	500 Geburtskosten	

2) Leistungsempfänger:

01	= Beihilfeberechtigte(r)
02	= Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner
03	= 1. Kind
04	= 2. Kind
05	= 3. Kind
usw.	