

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

Bezirksregierung Düsseldorf
 Dez. 23 – LZ
 Postfach 30 08 65

40408 Düsseldorf

Summe der Aufwendungen = 0,0

Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus, damit Ihr Antrag ohne Verzögerung bearbeitet werden kann.

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen.

Beihilfe- Nr.:		Leitzahl:		LBV- Personalnummer:				
1	Name		Vorname		Besoldungs-/ Vergütungsgruppe		Geburtsdatum	
							E-Mail	
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort						Telefon tagsüber	
	Dienststelle: <input type="checkbox"/> Studienseminar <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Bezirksregierung <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>						Nur Angestellte/Arbeiter: Beim Land NRW ununterbrochen beschäftigt seit	
	Name der Dienststelle:		Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Sabbatjahr <input type="checkbox"/> Altersteilzeit Blockmodell <input type="checkbox"/>			Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten:		
			Wochenstundenzahl: bei Lehrern: Pflichtstundenzahl bei Vollbesch:			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: <input type="checkbox"/> §85a LBG <input type="checkbox"/> §78e LBG vom bis		
Familienstand		verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit	getrennt lebend seit:		Unterhaltsverpflichtung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ledig								
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname						Geburtsdatum		
Ist Ihr Ehegatte berufstätig? <input type="checkbox"/> ja, dann Nr. 6b ausfüllen <input type="checkbox"/> nein				im öffentlichen Dienst oder vergleichbarer Einrichtung beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja, dann. Nr. 6b ausfüllen <input type="checkbox"/> nein				
2		Es ist ein Abschlag gewährt worden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		durch Bescheid vom:		in Höhe von: EUR		
3		Bitte immer Bankverbindung angeben !		bei Bank:				
<input type="checkbox"/> Gehaltskonto		<input type="checkbox"/> Beihilfekonto		BLZ:		Kontonummer:		
4	Kinder (Bitte immer <u>alle</u> berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben) Name, Vorname		Geburtsdatum	Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten für das Kind Kindergeld zu?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt od. berücksichtigungsfähig? ¹⁾	Anspruchszeitraum (vom / bis) ²⁾	Hat eine andere Person für d. Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Originalbelege beifg.	Falls ja: Wer erhält nach der vorgelegten Erklärung den erhöhten Bemessungssatz gem. § 12 (1) Satz 3 BVO? <input type="checkbox"/> Antragstel. <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/>
	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	
5 Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:								
Person (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		Nicht versichert	Privat versichert bei ³⁾	In der gesetzlichen Krankenversicherung			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGBV stand zu ⁴⁾	
				pflicht-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert über	für die Zeit von - bis	Zuschuss im Antragsmonat (EUR)
Antragstellende Person (A)		<input type="checkbox"/>				E <input type="checkbox"/>		
Ehegattin/ Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/>		
Kind 1		<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		
Kind 2		<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		
Kind 3		<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		
Kind 4		<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		
Kind 5		<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		

- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr ggf. zzgl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen oder bei denen nur wegen Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfallen ist.
- Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.
- Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Quotenbescheinigung) beifügen.
- Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen, in diesen Fällen entfallen bei Punkt 5 die Angaben zum Zuschusszeitraum und zur Zuschusshöhe.

6	Nur auszufüllen				
a	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 gesondertem Blatt !			
b	von antragstellenden Personen, die für Aufwendungen der Ehegattin / des Ehegatten und für die 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 EUR überstiegen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt (Bei erstmaligen Rentenbezug ab 01.01.04 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerl. Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) 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 der 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"/>
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?	
		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
d	in Geburtsfällen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO.			
	und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Die Mutter des Kindes ist nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt und hat keinen eigenen Anspruch auf Beihilfe			
e	bei Unfällen	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle) verursacht: Beleg-Nr. _____ Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck Unfallbericht (Vordruck-Nummer L 35) ausfüllen und beifügen Unfallbericht hat bereits mit Antrag vom _____ vorgelegen.			

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 Familienzuschlag 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, Schwägerten 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

Anlage zum Beihilfeantrag

VOM

Name	Vorname	Besoldungs-/ Vergütungsgruppe	Geburtsdatum
------	---------	-------------------------------	--------------

<p align="center">Spalten 1 und 2</p> <p>Belege bitte</p> <p>1. nach Empfänger der Leistung ordnen; Abkürzungen: A = Antragsteller, E = Ehegatte K und Vorname des jeweiligen Kindes und anschließend</p> <p>2. durchlaufend rechts oben nummerieren und dementsprechend in die Zusammenstellung eintragen.</p>	<p align="center">Spalte 4</p> <p>AB = ärztliche Behandlung BF = Beförderungskosten BH = Betriebsmittel für Hilfsmittel BK = Bestattungskosten DA = Dauernde Anstaltsunterbringung HB = Hilfsmittel für Brille / Kontaktlinsen HK = Heilkur HP = häusliche Pflege HS = sonstige Hilfsmittel</p>	<p>KB = Kieferorthopädische Behandlung KH = stationäre Krankenhaus- behandlung RP = Arznei- und sonstige Heilmittel SB = Sanatoriumsbehandlung SO = Sonstiges VU = Vorsorgeuntersuchung ZB = Zahnbehandlung ZU = Zuschuss</p>
--	--	---

1	2	3	4	5	6	
Beleg Nr.	Empfänger der Leistung	Datum der Rechnung	Art der Leistung	Rechnungsbetrag	Leistungen von Versicherungen Tarif oder Betrag ¹	
				Euro, Cent	%	Euro, Cent
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Wiedervorlage / n	aus Antrag Nr.	vom	
1			
2			
3			
4			
Summen:			0,00

Berechnen der Summe: Mit rechter Maustaste Feld anklicken und 'Feld aktualisieren' wählen.
Bei privatversicherten Beamten genügt bei vorgelegter gültiger Quotenbescheinigung die Angabe des Erstattungssatzes (Prozentsatz)
Bitte fügen Sie Ihre Wiedervorlage/n unter Angabe der Antragsnr. und des Antragsdatums in die gesonderte Tabelle ein !

Absender: (bitte in Druckbuchstaben)

Name:

Vorname:

Studienseminar Schule Polizei Bezirksregierung sonstige

Name der Dienststelle:

--✂-----

Bitte diesen Adressaufkleber ausgefüllt von **außen** auf einen DIN-C-5 / 6-Umschlag anbringen. Dies dient der Postverteilung bei der Beihilfestelle!

Vielen Dank!

Personalsache Vertraulich

An die
Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 23 – **Leitzahl**
Postfach 30 08 65
40408 Düsseldorf