

Antrag auf Beihilfe

(Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite und füllen diesen Vordruck deutlich lesbar – möglichst in Druckbuchstaben – aus)

Personalnummer/Aktenzeichen

Geburtsdatum

Beamtin/Beamter
Versorgungsempfänger(in)
Tarifbeschäftigte(r)

☐
☐
☐

Name

Vorname

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
- Beihilfestelle Aurich -
Postfach 1640
26586 Aurich

Zur schnelleren Bearbeitung geben Sie bitte an

a) Die Aufwendungen betragen

ca.

EURO

b) Es wird erstmalig Beihilfe beantragt

☐ Ja

c) Ein Ergänzungsblatt ist beigelegt

☐ Ja

1.

Angaben zu den Einkünften des Ehegatten / der Ehegattin

Die Angaben sind nur erforderlich, wenn Aufwendungen für Ehegatten geltend gemacht werden

Ja

Nein

a) Hatte Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin im **vorletzten** Kalenderjahr Einkünfte (§ 2 [3] EStG) von über 18.000 EURO?
Falls ja ...

☐☐

b) Werden im **laufenden** Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EURO erzielt?

☐☐

2.

Besonderheiten einzelner Belege (bitte nummerieren Sie nur die entsprechenden Belege)

a) ☐ Folgende Aufwendungen sind **unfall- / verletzungsbedingt**

Tag des Unfalls:

Beleg-Nr.:

Es handelt(e) sich um einen

☐ Dienstunfall

☐ Unfall im privaten Bereich

☐ Schulunfall

Drittverschulden liegt vor

☐ Ja

☐ nein

Die Unfallschilderung

☐ ist beigelegt

☐ liegt vor

Unfallschilderung

nur bei Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle

b) ☐ Es **wurden** oder **werden** die Leistungen nach dem **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen

Beleg-Nr.:

c) ☐ Es **wurden** oder **werden** die Leistungen einer **Auslandskranken-** bzw. **Rücktransportversicherung** in Anspruch genommen

Beleg-Nr.:

d) ☐ Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin, Kind oder Elternteil der behandelten Person)

Beleg-Nr.:

e) ☐ Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen

Beleg-Nr.:

3.

Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Erhalten Sie oder eine andere Person für die Sie Aufwendungen geltend machen einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. von einem Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber)?

☐ Ja (Einzelheiten bitte eintragen) ☐ Nein

Nachweis ist
beigelegt

Nachweis
liegt vor

Name	Vorname	Zuschuss in EURO
Name	Vorname	Zuschuss in EURO

☐☐☐☐

4. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege

a) Pflegegeld

☐ Hiermit versichere ich, dass die Pflege im **zurückliegenden** Zeitraum vom bis durchgeführt worden ist.

☐ Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des o. g. Zeitraumes.

→	vom	bis	Grund
→	vom	bis	Grund

☐ Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als Abschlag für die nächsten 6 Monate ab dem 01. Monat Jahr gezahlt wird.
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

b) Vollstationäre Pflege

☐ Hiermit beantrage ich eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate ab dem 01. Monat Jahr.
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.
Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein.)

5. Zahlung aufgrund Übergang des Anspruchs nach § 93 SGB XII

Akten-/Kassenzeichen

6. Antragstellung durch Bevollmächtigten oder Betreuer

Die Erstattung dieses Antrages ist zu überweisen auf das Konto des folgenden Bevollmächtigten oder Betreuers:

Name	Vorname
---------------------------	------------------------------

Wichtige Hinweise (unbedingt beachten!)

1. Die Zahlung erfolgt grundsätzlich auf das Bezüge-/Versorgungskonto
2. Das **Ergänzungsblatt** ist beizufügen:
a) **beim Erstantrag;**
b) **bei Änderungen der persönlichen Angaben** (z. B. Änderung der Anschrift, Bankverbindung).
3. Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Ehegatte, Kind, etc.).
4. Bei Aufwendungen für **Kinder** sind **Originalbelege** vorzulegen, wenn beide Elternteile selbst beihilfeberechtigt sind.
5. Bei **Heil- und Hilfsmitteln** sowie **Heilbehandlungen** ist die **vorherige schriftliche Verordnung** des Arztes beizufügen.
6. Bei **Krankenhaus-** und **Pflegeheimkosten** fügen Sie bitte stets die vollständigen **Pflegekostentarife** bei.
7. **Heilkuren, Sanatoriumsaufenthalte** und **ambulante psychotherapeutische Maßnahmen** müssen vor Behandlungsbeginn durch die Beihilfefestsetzungsstelle anerkannt werden.
8. Werden Belege für **Sterbefallaufwendungen** eingereicht, sind diese stets im **Original** vorzulegen.
9. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem **Rechnungs- bzw. Kaufdatum** und dem Antragseingang bei der Behörde **nicht mehr als ein Jahr** liegt.
10. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen 100 EURO übersteigen.
Ausnahme: Der älteste Beleg ist 10 Monate alt und die Aufwendungen betragen mehr als 15 EURO.
Für Angestellte und Lohnempfänger gilt eine generelle Antragsgrenze von 15 EURO.
11. Wenn Sie den Antrag mit der **Deutschen Post** zusenden, **frankieren** Sie diesen Brief bitte **ausreichend**. Nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen werden **nicht angenommen**.

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich **nachträgliche Kostenerstattungen** der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Härtefallregelungen nach den §§ 61 und 62 des Sozialgesetzbuches V sowie **Kostenermäßigungen** und/oder außervertragliche Leistungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.
Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Datum	Unterschrift
----------------------------	-----------------------------------