

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

**gültig ab 01.09.2004**

neuen Beihilfeantrag beifügen?  ja  nein

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

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 ausfüllen)  ja (Nr. 1 bis 6 vollständig ausfüllen)

Landrat für den Kreis Düren  
 Amt für zentrale Verwaltungsaufgaben/  
 Beihilfestelle

52348 Düren

				Pers.-Nr.									
1		Name		Vorname		Besoldungs-/ Vergütungsgruppe		Geburtsdatum					
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort						Telefon privat							
						Telefon dienstlich							
Dienststelle/Schule				Nur Arbeitnehmer (= Angestellte und Arbeiter): Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>									
Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Sabbatjahr <input type="checkbox"/> Altersteilzeit Blockmodell Wochenstundenzahl: _____ bei Lehrern: Pflichtstundenzahl _____		Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: <input type="checkbox"/> § 85a LBG <input type="checkbox"/> § 78e LBG <input type="checkbox"/> _____ vom _____ bis _____									
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig		verheiratet seit _____		geschieden seit _____		verwitwet seit _____		getrennt lebend seit _____					
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname						Geburtsdatum							
2		Es ist ein Abschlag gewährt worden		durch Bescheid vom _____		in Höhe von _____							
3				Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto Nr. _____		Bankleitzahl _____		bei (Bank, Sparkasse, Postbank) _____					
4		<b>Kinder</b> (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, <b>auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden</b> ) Name, Vorname		Geburtsdatum		Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten für das Kind Kindergeld zu?		Falls nein: Ist das Kind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig? <sup>1)</sup>		Anspruchszeitraum <sup>1,2)</sup> (vom/bis)		Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: <b>Bitte die Originalbelege beifügen</b>	
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 <b>Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:</b>													
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		Nicht versichert	Nur Beamte, Versorgungs-empfänger Privat versichert bei <sup>3)</sup>	Nur Arbeitnehmer Privat versichert bei <sup>3)</sup>	In einer gesetzl. 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 § 257 SGB V stand zu <sup>4)</sup>					
					pflicht-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert über	Jahr ..... für die Zeit vom - bis	zustehen-der Zu-schuss im Antrags-monat €	Krankenversi-cherungsbei-trag im An-tragsmonat €			
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Antragstellende Person (A)							<input type="checkbox"/> E						
Ehegattin/Ehegatte							<input type="checkbox"/> A						
Kind 1 (K1)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E						
Kind 2 (K2)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E						
Kind 3 (K3)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E						
Kind 4 (K4)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E						

1) Als berücksichtigungsfähig 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 den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfallen ist.  
 2) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.  
 3) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.  
 4) Bei Landesbediensteten die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 8 und 9.

6 a				<b>Nur auszufüllen</b>					
bei <b>vorrangigen Ansprüchen</b>		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)							
b		von antragstellenden Personen, die für Aufwendungen <b>der Ehegattin/des Ehegatten</b> und/oder <b>Kinder</b> eine Beihilfe beantragen  Die <b>Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten und der Kinder</b> ist in <u>j e d e m F a l l</u> anzuzeigen!							
		Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung <b>18.000,00 €</b> überstiegen? <i>(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)</i> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt							
		Besitzt der getrennt lebende Ehegatte einen Unterhaltsanspruch gegen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja							
		Sind oder waren <b>Ehegattin/Ehegatte</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> 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							
		Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst oder in einer vergleichbaren Einrichtung beschäftigt? <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 <b>selbst beihilfeberechtigt</b> , bitte ankreuzen	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	
c		wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ein Angehöriger <b>Rentenempfängerin/Rentenempfänger</b> 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 <b>Geburtsfällen</b> und bei <b>Adoptionen</b>							
		<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO							
e		in <b>Todesfällen</b>							
		<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Beihilfe nach § 11 Abs. 1 BVO (nur für Todesfälle bis 30.01.2004)  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 615,00 € bzw. 410,00 € bei Kinderbestattung.							
f		bei <b>Unfällen</b>							
		Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht ( <b>dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle</b> ):  Beleg Nr. _____ Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck <b>Unfallbericht</b> 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 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, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwägerin 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 Beihilfenfestsetzung erhoben (§ 3 und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Von der Festsetzungsstelle auszufüllen:

Originalbelege lagen vor

ja

nein