

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

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

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen.

An das  
Schulamts  
für die StädteRegion Aachen  
  
- Beihilfestelle -  
52090 Aachen

Gesamtbetrag der Aufwendungen ca. _____,00 €	Anzahl der Belege _____
---	----------------------------

Ehegatte/in, eigentragene/r Lebenspartner/in im öffentlichen Dienst beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, besteht ein Beihilfeanspruch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---

Pers.-Nr. oder Beihilfe-Nr.
-----------------------------

1	Name, Vorname, Amtsbezeichnung	Besoldungs-/Entgeltgruppe	Geburtsdatum			
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Telefon tagsüber			
	Dienststelle	Nur Arbeitnehmer: Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	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 Grund: vom _____ bis _____				
	Familienstand	verheiratet seit: _____	geschieden seit: _____	verwitwet/hinterblieben seit: _____	getrennt lebend seit: _____	eingetragene Lebenspartnerschaft seit: <sup>1)</sup> _____
Vorname des/r Ehegatten/in, Lebenspartners/in, ggf. abweichender Familienname <sup>2)</sup>					Geburtsdatum <sup>2)</sup>	

2	Es ist ein Abschlag gewährt worden	durch Bescheid vom _____	in Höhe von _____ €
---	------------------------------------	--------------------------	---------------------

3	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto - IBAN _____	BIC _____	bei (Bank, Sparkasse, Postbank)
---	--	-----------	---------------------------------

4	Kinder (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/r Ehegatten/in, Lebenspartner/in für das Kind Kindergeld zu?	Falls nein: Ist das Kind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?	Anspruchszeitraum <sup>3,4)</sup> (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die 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

5									
Antragstellende Person, Ehegatte/in, Lebenspartner/in und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:									
Personen	Nur Beamte, Versorgungsempfänger	Nur Arbeitnehmer	In einer gesetzl. Krankenversicherung Kostenerstattung gewährt: <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, § 61 SGB XI stand zu oder wird auf Grund § 207 a SGB III übernommen: <sup>6)</sup>			Nicht versichert
(Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Privat: versichert bei <sup>5)</sup>	Privat: versichert seit <sup>5)</sup>	pflicht-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert über	Jahr: ..... für die Zeit vom/bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antragstellende Person (A)					<input type="checkbox"/> E/L				<input type="checkbox"/>
Ehegatte/in (E)					<input type="checkbox"/> A				<input type="checkbox"/>
Lebenspartner/in (L)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				<input type="checkbox"/>
Kind 1 (K 1)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				<input type="checkbox"/>
Kind 2 (K 2)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				<input type="checkbox"/>
Kind 3 (K 3)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				<input type="checkbox"/>
Kind 4 (K 4)					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				<input type="checkbox"/>

- Bei erstmaliger Antragsstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen
- Nur ausfüllen, wenn für den/die Ehegatten/in, Lebenspartner/in Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der/die Ehegatte/in, Lebenspartner/in ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. 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. Bitte Nachweise beifügen.
- 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.

<b>6 Nur auszufüllen</b>					
<b>a</b>	bei <b>vorrangigen</b> 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)			
<b>b</b>	von antragsstellenden Personen, die für <b>Aufwendungen der Ehegattin/ des Ehegatten, des Lebenspartnerin/ des Lebenspartners</b> oder <b>Kinder</b> eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes), zuzüglich (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, des Ehegatten/Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  <input type="checkbox"/> nein (Bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
		Sind oder waren <b>Ehegatte/in, Lebenspartner/in</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger/Empfängerin von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Elterngeld ?  <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"/>
<b>c</b>	wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ ein Angehöriger <b>Rentenempfänger/ Rentenempfängerin</b> ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Kranken- oder bis 31.03.2004 am Pflegeversicherungsbeitrag?  <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen	
		Antragsstellerin/ Antragssteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
		Ehegatte/in Lebenspartner/in	<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	€
<b>d</b>	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			
<b>e</b>	in <b>Todesfällen</b>	<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			
<b>f</b>	bei <b>Unfällen</b>	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle):  Beleg Nr. _____ Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck <b>Unfallbericht</b> ausfüllen. Dienstunfälle werden durch die personalaktenführende Stelle bearbeitet.			

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, Lebenspartnern, 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 mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/in