

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

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

Gemeinde Grefrath  
- Beihilfestelle -  
Rathausplatz 3  
47929 Grefrath

**Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderen Vordruck geltend machen**

**Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:**  
Bitte alle Fragen beantworten

**Bei wiederholter Antragstellung:**  
Haben sich Änderung 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)

		Pers.Nr. oder Beihilfe-Nr.	
<b>1</b> Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe der antragstellenden Person		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 <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit:	geschieden seit:	verwitwet/hinterblieben seit:
Getrennt lebend seit:		eingetragene Lebenspartnerschaft seit 1: <input type="checkbox"/> Aufgehoben seit:	
Vorname des Ehegatten / Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname <sup>2</sup>			Geburtsdatum <sup>2</sup>
<b>2</b> Es ist ein Abschlag gewährt worden durch den Bescheid vom in Höhe von			
<b>3</b> Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto Nr. Bankleitzahl Bei (Bank, Sparkasse, Volksbank)			
<b>4</b> Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 HVO – angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) Name, Vorname		Geburtsdatum	Steht Ihnen oder Ihrem Ehepartner für das Kind Kindergeld zu?
			Falls nein ist das Kind im Familien orts-/ Sozialzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig
			Anspruchszeitraum <sup>3A</sup> (von/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
<b>5</b> Antragstellende Person, Ehegatte / Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:			
Person (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht versichert	Nur Beamte, Versorgungsempfänger, Privat versichert bei: <sup>5</sup>	Nur Arbeitnehmer, Privat versichert seit: <sup>5</sup>
			In einer gesetzl. Krankenversicherung Kostenerstattung gewährt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
			pflicht-versichert bei: <sup>5</sup> freiwillig versichert bei: <sup>5</sup> familien-versichert über <sup>7</sup>
			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbetrag 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>
			Jahr: ..... für die Zeit von bis <sup>8</sup>
			Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro <sup>9</sup>
			Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro <sup>10</sup>
Antragstellende Person (A)	<input type="checkbox"/>		E/L <input type="checkbox"/>
Ehegatte (E) Lebenspartner (L)	<input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/>
Kind 1 (K 1)	<input type="checkbox"/>		A E/L <input type="checkbox"/>
Kind 2 (K 2)	<input type="checkbox"/>		A E/L <input type="checkbox"/>
Kind 3 (K 3)	<input type="checkbox"/>		A E/L <input type="checkbox"/>
Kind 4 (K 4)	<input type="checkbox"/>		A E/L <input type="checkbox"/>

1) Bei erstmaliger Antragstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beilegen  
 2) Nur ausfüllen, wenn für den Ehegatten/Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn mehr als zwei Kinder zu berücksichtigen sind und der Ehegatte/Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt ist.  
 3) 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.  
 4) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.  
 5) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.  
 6) Bei Landesbediensteten die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 8 und 9

**A III/1**

<b>6</b> Nur ausfüllen						
<b>a</b>	bei <b>vorrangigen</b> Ansprüchen	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzlichen Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz) 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)				
	von antragstellenden Personen, die	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommenssteuergesetzes) <b>des Ehegatten/Lebenspartners</b> im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  (bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt				
<b>b</b>	für <b>Aufwendungen des Ehegatte/Lebenspartners</b> oder <b>Kinder</b> eine Beihilfe beantragen	Sind oder <b>waren Ehegatte/Lebenspartner</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld? <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 selbst behilfeberechtigt, bitte ankreuzen	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
<b>c</b>	wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger <b>Rentenempfänger</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?  Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen		
		Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Euro
		Ehegatte/Lebenspartner	<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
<b>d</b>	In Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO				
<b>c</b>	Bei Unfällen	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				

**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/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 und 12 BVO).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person



---

Ort, Datum

## **Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen**

Anlg.: Rechnungsbelege

Sehr geehrte Antragstellerin,  
Sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der vorherigen Seite berechnete Beihilfe gewährt.

Sie vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 EUR, bei stationärer Behandlung und Heilkuren mehr als 1.000 EUR beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

### **Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen Ihrer Ehegattin/ Ihres Ehegatten gewährt wurde:**

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 EUR überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihre Ehegattin/Ihren Ehegatten gewährte Beihilfe zu Aufwendungen, für die sie/er seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 EUR nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Fenten