

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 5

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

bei Erstantrag frei lassen

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (*freiwillige Angabe*)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (*freiwillige Angabe*)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
(PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)

**Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold**

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Bitte verwenden Sie diesen Antrag, wenn es sich um einen Erstantrag handelt oder sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag Änderungen ergeben haben. Ansonsten ist der Kurzantrag ausreichend.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

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 NRW).

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege
(s. Anmerkung 3)

, - €

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend machen wollen, stellen Sie bitte für diese Aufwendungen einen **gesonderten Antrag** und fügen die ausgefüllte **Anlage „Pflege“** bei.

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht

Nein

Ja (Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen.)

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte							BIC

Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert?

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber dem letzten Beihilfeantrag ergeben?

- Ja **Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen**
 Nein **Bitte weiter bei Nummer 7**

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

<p>Vollbeschäftigung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <u>Nur Tarifbeschäftigte:</u> Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom _____ bis _____</p> <p>Grund:</p>
--	---

Nein Zahl der Wochenstunden: _____ bei Änderung bitte ausfüllen: seit: _____ volle Stundenzahl: _____

2 Angaben zu Angehörigen

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (s. Anmerkung 5) steht zu: mir _____ anderem Elternteil _____	seit TT.MM.JJJJ	Angehörige/r hat einen eigenen Beihilfeanspruch	seit TT.MM.JJJJ
Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in (E)				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Beihilfestelle:	
Kind 1 (K 1)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 2 (K 2)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 3 (K 3)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 4 (K 4)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 5 (K 5)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

3 Krankenversicherungsschutz / Anspruch auf freie Heilfürsorge

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder –bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung					freie Heilfürsorge
	Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Auslandsvers.	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert über	als Rentner seit	
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt
TT.MM.JJJJ

--	--

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem/einer berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag) zu?

Nein Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
_____	€	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	€	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	TT.MM.JJJJ
_____	am: _____
_____	am: _____

6 Angaben zu den Einkünften des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin

6.1 Für Aufwendungen, die nach dem 31.12.21 entstanden sind:

Hat die Summe der Einkünfte nach § 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 Euro überstiegen? Ja Nein Noch nicht absehbar

s. Anmerkung 6.1

Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? Ja Nein Noch nicht absehbar

6.2 Für Aufwendungen, die bis zum 31.12.21 entstanden sind:

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? Ja Nein Noch nicht absehbar

s. Anmerkung 6.2

Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? Ja Nein Noch nicht absehbar

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

Nein Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Nein Ja (Bitte Belege mit **U** kennzeichnen.)

Es handelt sich um einen Dienstunfall Unfall im Kindergarten
 Arbeitsunfall Unfall in der Schule
 Unfall im privaten Bereich Unfall beim Studium

Die Unfallschilderung
liegt bei liegt bereits vor

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein Ja (Bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Nein Ja (bitte ausfüllen)

Die **Behandlung** erfolgte **durch eine/n nahen Angehörige/n**, hierzu zählen: Ehegatte/Ehegattin, eingetragene/r Lebenspartner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja (Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen.)

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

Ja (Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen.)

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO NRW wird beantragt

Ja

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zwetschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Als jeweils ein Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 4) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.
4. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
5. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre grundsätzlich bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Bitte fügen Sie bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung einen Nachweis über den Ihnen gezahlten kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bei (z.B. Besoldungsmittelteilung).

6.

6.1

Zur Summe der Einkünfte zählen neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit, der zu versteuernde Anteil von Renten sowie Kapitaleinkünfte. Bei Renten mit erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2022 ist die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a EStG und dem Bruttobetrag hinzuzurechnen. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben (vgl. § 2 Abs. 5a EStG), sowie ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d EStG sind der Summe der Einkünfte hinzuzurechnen.

Mit Wirkung erstmals für das Kalenderjahr 2023 erhöht sich die maßgebliche Einkommensgrenze jährlich im gleichen Verhältnis wie der Rentenwert West im vorausgegangenen Kalenderjahr.

6.2

Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. 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 unterliegen haben, sind dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).