



Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Postfach 1570
26585 Aurich

Antragsdatum	
Personalnummer	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer (freiwillig)	

Ergänzungsblatt für weitere Kinder zum Antrag auf pauschale Beihilfe nach § 80a Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG)

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)		
Angaben zum Krankenversiche- rungsverhältnis meines berücksichtigungs- fähigen Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum	
	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhält das Kind bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)		
Angaben zum Krankenversiche- rungsverhältnis meines berücksichtigungs- fähigen Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum	
	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhält das Kind bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein