



Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Postfach 1570
26585 Aurich

Antragsdatum	
Personalnummer	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer (freiwillig)	

Ergänzungsblatt für weitere Kinder zum Änderungsantrag der pauschalen Beihilfe

Änderungen der Beitragshöhe		
Berücksichtigungsfähiges Kindes Name	Änderung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Änderung in Beiträgen oder Zuschüssen von Dritten	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
	Höhe, Änderungsdatum und Leistungsträger des Zuschusses	
Berücksichtigungsfähiges Kindes Name	Änderung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Änderung in Beiträgen oder Zuschüssen von Dritten	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
	Höhe, Änderungsdatum und Leistungsträger des Zuschusses	
Berücksichtigungsfähiges Kindes Name	Änderung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Änderung in Beiträgen oder Zuschüssen von Dritten	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
	Höhe, Änderungsdatum und Leistungsträger des Zuschusses	



Änderungen in den persönlichen Verhältnissen oder in den Versicherungsverhältnissen	
Berücksichtigungsfähiges Kindes Name	Änderung im Familienzuschlag
	Wechsel der Krankenversicherung (Name und Beginn der Versicherung)
	Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Sonstige Änderung
Berücksichtigungsfähiges Kindes Name	Änderung im Familienzuschlag
	Wechsel der Krankenversicherung (Name und Beginn der Versicherung)
	Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Sonstige Änderung
Berücksichtigungsfähiges Kindes Name	Änderung im Familienzuschlag
	Wechsel der Krankenversicherung (Name und Beginn der Versicherung)
	Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Sonstige Änderung