

Personalnummer/Aktenzeichen

Geburtsdatum

Name

Vorname

Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle Aurich  
Postfach 1570  
26585 Aurich

**Antrag auf  
Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten gem. § 46 Abs. 1 Niedersächsische  
Beihilfeverordnung (NBhVO)  
für das Kalenderjahr**

**1. Angaben zum Grenzbetrag (2% oder 1% bei chronischer Erkrankung)**

Den Grenzbetrag von 2 % der Einkünfte des Vorjahres habe ich erreicht bzw. werde ich erreichen.

Den Grenzbetrag von 1 % der Einkünfte des Vorjahres habe ich erreicht bzw. werde ich erreichen. Ich bzw. eine berücksichtigungsfähige Angehörige/ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist chronisch krank und es liegt

Pflegebedürftigkeit einer der Pflegegrade 3 bis 5 vor,

ein Grad der Behinderung von mindestens 60 vom Hundert vor oder

eine kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die auf Grund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist, vor.

Entsprechende Nachweise habe ich  beigefügt  bereits vorgelegt.

**2. Angaben zum Jahreseinkommen des vorangegangenen Kalenderjahres**

Mein Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ist **selbst** Beihilfeberechtigte(r).

Mein Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert.  
(Ist die/der Ehegatte(in)/eingetragene Lebenspartner(in) selbst Beihilfeberechtigte(r)) und/oder Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, sind ihre/seine Einkünfte nicht anzugeben. Diese Personen sind selbst antragsberechtigt bei ihrer Beihilfestelle / gesetzlichen Krankenversicherung.)

**Ich/Wir verfüge/n über folgende zur Ermittlung des Grenzbetrages heranziehbare Einkünfte:**  
(Maßgeblich sind die Einkünfte des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag gestellt wird. Nachweise über das Brutto-Vorjahreseinkommen sind beizufügen.)

<b>Fragen bitte vollständig beantworten!</b>	<b>Antragsteller</b>	<b>Ehegatte/ingetr. Lebenspartner</b>
Dienst- und Versorgungsbezüge (Bezügeabrechnung vom Dezember des Vorjahres)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ehegatte/Lebenspartner ist selbst antragsberechtigt
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV, Knappschaft o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z.B. VBL-Rente) Betriebsrente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lohnersatzleistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Nur für Anwärter (Beamte im Vorbereitungsdienst)**

Anwärterbezüge sind keine Dienstbezüge und zählen daher nicht zu den heranziehbaren Einkünften im Sinne des § 46 Abs. 1 NBhVO).

Andere Einkünfte des Vorjahres sind ggf. auf Seite 1 anzugeben und nachzuweisen.

- Ich hatte im vorangegangenen Kalenderjahr keine Einkünfte (ggf. außer Anwärterbezüge).
- Ich werde während des Vorbereitungsdienstes keine Einkünfte (außer Anwärterbezüge) beziehen.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Erstattungen und Ermäßigungen von Dritten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Zur Vorlage bei der Beihilfestelle

**Ärztliche Bescheinigung  
zur Feststellung einer  
chronischen Erkrankung**

Personalnummer/Aktenzeichen
-----------------------------

Geburtsdatum
--------------

Name
------

Vorname
---------

Name, Vorname der Patientin oder des Patienten	geboren am
--	------------

ist <b>wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung</b> (Patientin/Patient ist mindestens seit einem Jahr jeweils einmal im Quartal in ärztlicher Behandlung)	<b>seit</b>
---	-------------

<b>Diagnose</b> der Dauererkrankung
.....
.....

<input type="checkbox"/> Die Dauerbehandlung wird voraussichtlich am <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> beendet sein.	
<input type="checkbox"/> Das Ende der Dauerbehandlung ist zur Zeit nicht absehbar.	
<input type="checkbox"/> Ein Wegfall der chronischen Erkrankung ist auf Lebenszeit nicht zu erwarten	

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der Dauererkrankung erforderlich, da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
------------	--