



0100000000000009

Name, Vorname

Personalnummer

Geburtsdatum

Antrag auf Beihilfe

**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfe Scan Center
Postfach 91 12 18
30432 Hannover**

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.

Füllen Sie diesen Vordruck möglichst in
Druckbuchstaben aus und denken Sie daran, den
Antrag auf der Rückseite zu unterschreiben.

Es wird erstmalig Beihilfe beantragt (Bitte
Ergänzungsblatt -Vordr. S 002 A- beifügen!).

Hinweis:

Ihre Belege werden bei elektronisch verarbeiteten
Beihilfeanträgen (eBeihilfe) nicht zurückgesandt.

1. Nur auszufüllen, wenn Sie tarifbeschäftigt sind								
<input type="checkbox"/> Ich bin Tarifbeschäftigte/r [z. B. nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L)].								
2. Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für freiwillig gesetzlich versicherte Personen geltend gemacht werden								
Erhalten Sie oder eine andere Person, für die Sie Aufwendungen geltend machen, monatlich einen Zuschuss oder mehrere Zuschüsse zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. von einem Rentenversicherungsträger oder von einem Arbeitgeber)?				<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Name	Vorname	Betrag je Zuschuss ist immer anzugeben	Aktueller Nachweis liegt vor	Aktueller Nachweis ist beigefügt				
		Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. den Ehegatten/eingetr. Lebenspartner geltend gemacht werden (Nachweise werden ggf. gesondert von der Beihilfestelle angefordert!)								
Hinweis: Bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 1. April 2009 ist bei den Angaben zu Einkünften hinsichtlich des Rentenbezugs der Bruttorentenbetrag maßgeblich.								
a) Hatte Ihre Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. Ihr Ehegatte/eingetr. Lebenspartner im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte gem. § 2 Abs. 3 EStG oder vergleichbare ausländische Einkünfte) von über 20.000 EUR?				<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Falls ja:								
b) Werden im laufenden Kalenderjahr Einkünfte über 20.000 EUR erzielt?				<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen geltend gemacht werden, die unfall- oder verletzungsbedingt sind (Bitte nummerieren Sie nur die entsprechenden Belege!)								
Hinweis: Aufwendungen im Rahmen eines Dienstunfalles sind zwingend mit dem Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens (Vordr. Nr. 2752a) geltend zu machen!								
Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt :			Tag des Unfalls:	Beleg-Nr.:				
Es handelt(e) sich um einen <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> Schulunfall								
Drittverschulden liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> noch nicht geklärt								
Die Unfallschilderung <input type="checkbox"/> liegt vor. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.								
Nur bei Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle								
Es bestehen Kostenübernahmeansprüche gegenüber folgenden anderen Kostenträgern:								

5. Besonderheiten einzelner Belege (Bitte nummerieren Sie nur die entsprechenden Belege!)

a) Es **wurden** oder **werden** Leistungen nach dem **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** oder einer **Auslandskranken-** bzw. **Rücktransportversicherung** in Anspruch genommen.

Beleg-Nr.:

b) Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen.

Beleg-Nr.:

6. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege

a) Pflegegeld

Hiermit versichere ich, dass die Pflege vom bis durchgeführt worden ist. im **zurückliegenden** Zeitraum

Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des o. g. Zeitraumes.

vom

bis

Grund

vom

bis

Grund

Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als **Abschlag für die nächsten 6 Monate** ab dem (Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

01.

Monat

Jahr

gezahlt wird.

b) Vollstationäre Pflege

Hiermit beantrage ich eine **Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate** ab dem (Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

01.

Monat

Jahr

Hinweis bei Abschlagszahlungen: Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein!

7. Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten!)

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen.
- Bei **Heil- und Hilfsmitteln** ist die **vorherige schriftliche Verordnung** des Arztes beizufügen.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem **Rechnungs- bzw. Kaufdatum** und dem Antragseingang **nicht mehr als ein Jahr** liegt. Diese Ausschlussfrist ist auch dann fristwährend einzuhalten, wenn wegen der Aufwendungen ein privatrechtliches Streitverfahren anhängig ist. Hierauf ist bei der Antragstellung hinzuweisen.
- Legen Sie bei Änderungen Ihrer persönlichen Angaben das Ergänzungsblatt (Vordr. S 002 A) bei.
- Auf der Seite des NLBV im Internet unter **www.nlbv.niedersachsen.de** finden Sie u.a. Antragsformulare, Merkblätter und aktuelle Informationen zur Beihilfe.

Ich versichere 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 Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch von keiner anderen Person und auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.

Bei Antragstellung durch Bevollmächtigte/n oder Betreuer/in

Name

Vorname

Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung liegt vor bzw. ist beigelegt.

Zahlweg bei Bevollmächtigung oder Betreuung

Die Erstattung dieses Antrages ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Konto der/des Bevollmächtigten Konto der Betreuerin/des Betreuers

Name

Vorname

Datum

Unterschrift