

Antrag auf Beihilfe

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle
Postfach 1570
26585 Aurich

Personalnummer	Geburtsdatum
Name	Vorname

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.

Zur schnelleren Bearbeitung geben Sie bitte an:

Die Aufwendungen betragen ca. EUR.

Es wird erstmalig Beihilfe beantragt (Bitte Ergänzungsblatt beifügen!).

Besuchen Sie die Seite des NLBV im Internet unter www.nlbv.niedersachsen.de. Hier finden Sie u.a. Antragsformulare, Merkblätter und aktuelle Informationen zur Beihilfe.

1. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (Immer auszufüllen!)					
Erhalten Sie oder eine andere Person, für die Sie Aufwendungen geltend machen, einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. von einem Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber)?				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name	Vorname	monatl. Zuschuss	Nachweis liegt vor	Nachweis ist beigefügt	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 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!)					
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 18.000 EUR? <i>Falls ja</i>				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b) Werden im laufenden Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besonderheiten einzelner Belege (Bitte nummerieren Sie nur die entsprechenden Belege!)					
a) <input type="checkbox"/> Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt		Tag des Unfalls:	Beleg-Nr.:		
Es handelt(e) sich um einen		<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<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 Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle					
Es bestehen Kostenübernahmeansprüche gegenüber folgenden anderen Kostenträgern:					
b) <input type="checkbox"/> Es wurden oder werden die Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen.				Beleg-Nr.:	
c) <input type="checkbox"/> Es wurden oder werden die Leistungen einer Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen.				Beleg-Nr.:	
d) <input type="checkbox"/> Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatten, eingetr. Lebenspartner/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person).				Beleg-Nr.:	
e) <input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen.				Beleg-Nr.:	

4. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege

a) Pflegegeld

Hiermit versichere ich, dass die Pflege vom bis durchgeföhrt 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 gezahlt wird.
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

b) Vollstationäre Pflege

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

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

5. Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten!)

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungsaussteller gefertigten **Zweitschriften** der Belege sind ausreichend.
- Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in, Kinder).
- Rezepte für **rabattfähige Arzneimittel** werden nicht zurückgesandt.
- 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 Antragsingang **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.
- Bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 1. April 2009 ist bei den Angaben zu Einkünften (Punkt 2 des Antrages) hinsichtlich des Rentenbezugs der Bruttorentenbetrag maßgeblich.
- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen **100 EUR** übersteigen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstünde.
- Wenn Sie den Antrag mit der **Deutschen Post** oder einem anderen Anbieter zusenden, **frankieren** Sie diesen Brief bitte **ausreichend**. Nicht bzw. nicht ausreichend frankierte Postsendungen werden nicht angenommen.

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