

**Antrag auf Gewährung einer Beihilfe**

Anlage 1

**(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)**

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und  
bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf  
besonderem Vordruck geltend machen

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                | Pers.-Nr. oder Beihil.-Nr.                            |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| <b>1</b>                                                                                                  | Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe der antragstellenden Person                                                                                                    |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       | Geburtsdatum                                                                                                           |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
|                                                                                                           | Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort                                                                                                                                      |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       | Telefon tagsüber                                                                                                       |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
|                                                                                                           | Dienststelle                                                                                                                                                                   |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
|                                                                                                           | Vollbeschäftigung:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zahl der Wochenstunden:                                                                        |                          |                                           |                                           | Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 24 Monaten:<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: vom bis |                                                       |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
|                                                                                                           | Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig                                                                                                                                |                          | verheiratet seit                          |                                           | geschieden seit                                                                                                                |                                                       | verwitwet seit                                                                                                         |  | getrennt lebend seit                                |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname <sup>1)</sup>                         |                                                                                                                                                                                |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                | Geburtsdatum <sup>1)</sup>                            |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| <b>2</b>                                                                                                  | Es ist ein Abschlag gewährt worden                                                                                                                                             |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       | durch Bescheid vom                                                                                                     |  | in Höhe von                                         |                                                           |                                                                                                                           |  |
| <b>3</b>                                                                                                  | Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto Nr.                                                                                                                        |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       | Bankleitzahl                                                                                                           |  | bei (Bank, Sparkasse, Postbank)                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| <b>4</b>                                                                                                  | <b>Kinder</b><br>(Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO -<br>angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen<br>geltend gemacht werden)<br>Name, Vorname |                          | Geburtsdatum                              |                                           | Steht Ihnen oder<br>Ihrem Ehegatten<br>für das Kind<br>Kindergeld zu?                                                          |                                                       | Falls nein:<br>Ist das Kind im<br>Familienzuschlag<br>berücksichtigt oder<br>berücksichti-<br>gungsfähig <sup>2)</sup> |  | Anspruchs-<br>zeitraum <sup>2,3)</sup><br>(vom/bis) |                                                           | Hat eine andere<br>Person für das Kind<br>Anspruch auf Bei-<br>hilfe? Falls ja:<br>Bitte die Original-<br>belege beifügen |  |
|                                                                                                           | 1                                                                                                                                                                              |                          |                                           |                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                              |  |                                                     |                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                 |  |
|                                                                                                           | 2                                                                                                                                                                              |                          |                                           |                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                              |  |                                                     |                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                 |  |
|                                                                                                           | 3                                                                                                                                                                              |                          |                                           |                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                              |  |                                                     |                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                 |  |
|                                                                                                           | 4                                                                                                                                                                              |                          |                                           |                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                              |  |                                                     |                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                 |  |
|                                                                                                           | 5                                                                                                                                                                              |                          |                                           |                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                              |  |                                                     |                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                 |  |
| <b>5 Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:</b> |                                                                                                                                                                                |                          |                                           |                                           |                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Personen<br>(Reihenfolge der<br>Kinder wie unter Nr.<br>4)                                                |                                                                                                                                                                                | Nicht<br>ver-<br>sichert | Privat<br>versichert<br>bei <sup>4)</sup> | In einer gesetzlichen Krankenversicherung |                                                                                                                                |                                                       | Zuschuß eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungs-<br>beitrag nach § 257 SGB V stand zu: 5)                          |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |                          |                                           | pflicht-<br>versichert<br>bei             | freiwillig<br>versichert<br>bei                                                                                                | familien-<br>versichert<br>über                       | für die Zeit<br>vom - bis                                                                                              |  | Zustehender<br>Zuschuß im<br>Antragsmonat<br>DM     | Krankenversiche-<br>rungsbeitrag im<br>Antragsmonat<br>DM |                                                                                                                           |  |
| 1                                                                                                         |                                                                                                                                                                                | 2                        | 3                                         | 4                                         | 5                                                                                                                              | 6                                                     | 7                                                                                                                      |  | 8                                                   | 9                                                         |                                                                                                                           |  |
| Antragstellende<br>Person (A)                                                                             |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> E                            |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Ehegattin/<br>Ehegatte (E)                                                                                |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Kind 1 (K 1)                                                                                              |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Kind 2 (K 2)                                                                                              |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Kind 3 (K 3)                                                                                              |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Kind 4 (K 4)                                                                                              |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |
| Kind 5 (K 5)                                                                                              |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                                           |                                           |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E |                                                                                                                        |  |                                                     |                                                           |                                                                                                                           |  |

1) Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/den Ehegatten Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und die Ehegattin/der Ehegatte ebenfalls beihilferechtigt ist.

2) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.

3) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.

4) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.

5) Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 7 und 8.