

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