

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Stadt Münster
 Der Oberbürgermeister
 Personal- und Organisationsamt
 - Beihilfestelle-
 48127 Münster

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.

1.	Antragsteller/-in Name		Vorname	Geburtsdatum	Beamter/-in Beschäftigte/r Versorgungsempfänger/-in	Ehegatte/-gattin ¹⁾ Vorname		Geburtsdatum	
	Anschrift								
	Familienstand		ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	getrennt lebend	eingetragene Lebenspartnerschaft	seit
	Amt, Schule (nicht für Versorgungsempf.)				Beschäftigt bei der Stadt Münster seit			Ununterbrochen im öffentlichen Dienst seit	
	Antrag auf Entlassung nein ja, zum			Vollbeschäftigt		Teilzeitbeschäftigt Wochenstd. /		Telefon	
	Sind bzw. waren Sie während des Behandlungszeitraumes, für den Sie Belege vorlegen, ohne Dienstbezüge beurlaubt?				nein		ja von		bis
	Mutterschutz				nein		ja von		bis
	Elternzeit				nein		ja von		bis

2.	Es ist ein Abschlag gewährt worden	durch Bescheid vom	in Höhe von
----	------------------------------------	--------------------	-------------

3.	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Absatz 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen entstanden sind.)		Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten für das Kind Kindergeld zu?		Falls nein: Ist das Kind im Ortszuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig? ²⁾		Anspruchszeitraum ^{2) 3)} von - bis		Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja, bitte Originalbelege beifügen.	
	Name, Vorname		Geburtsdatum		ja	nein	ja	nein	ja	nein
	1.									
	2.									
	3.									

4.	Antragsteller/Antragstellerin; Ehegatte/Ehegattin und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:										
	Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter 3.)		Nicht versichert	Privat versichert bei ⁴⁾	In einer gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewährt: ⁶⁾			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V ⁵⁾			
					nein	ja: ambulant stationär					
						pflichtversichert bei	freiwillig versichert bei	familienversichert bei	für die Zeit vom - bis	Zuschuss im Antragsmonat €	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat €
	Antragsteller/-in (A)										
	Ehegatte/-gattin (E)										
	Kind 1 (K1)										

- 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 beihilfeberechtigt ist.
- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzüglich Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und den kinderbezogenen Anteil im Ortszuschlag entfallen sind.
- Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Ortszuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.
- Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.
- Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen.
- Hierbei handelt es sich um ein mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbartes Abrechnungsverfahren (privatärztliche Behandlung gegen eine anteilige Kostenerstattung).

5. Nur auszufüllen					
a	bei vorrangigen Ansprüchen	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? nein ja Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt			
	b von antragstellenden Personen, die für die Ehegattin/den Ehegatten und für Kinder eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 EUR überstiegen? nein ja noch nicht bekannt Sind oder waren Ehegattin/Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder von Erziehungsgeld? nein ja			
c	wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ein Angehöriger/Rentenempfänger/Rentenempfängerin ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag?	Falls ja: Höhe des Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragsteller/Antragstellerin	nein ja	nein ja	
		Ehegattin/Ehegatte	nein ja	nein ja	
		Kind	nein ja	nein ja	
d	in Geburtsfällen und bei Adoptionen	Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung Die Mutter des Kindes ist nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt und hat keinen eigenen Beihilfeanspruch			
e	in Pflegefällen	Ich beantrage die Pauschalbeihilfe nach § 5 Abs. 3 BVO für die Zeit vom _____ bis _____ Name der gepflegten Person / Leistung der Pflegevers. _____ Unterbrechung der häuslichen Pflege vom _____ bis _____ wegen: Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____ Sanatoriumsaufenthalt/Kuraufenthalt vom _____ bis _____ Urlaub vom _____ bis _____ Urlaub der Pflegeperson vom _____ bis _____			
f	bei Unfällen	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle): Beleg Nr. _____ <input type="checkbox"/> Es liegt Fremdverschulden vor. (bitte besonderen Vordruck Unfallbericht ausfüllen und beifügen). <input type="checkbox"/> Es liegt kein Fremdverschulden vor.			

6.	Ich bitte die Beihilfe zu überweisen Bankverbindung bitte nur bei Änderung angeben, da diese Angaben auf früheren Anträgen erfasst sind		
IBAN	BIC	bei Name des Kreditinstituts	

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag sind keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht worden, die von Ehegatten, Eltern oder Kindern der behandelten Person bzw. in Pflegefällen oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mit der Übermittlung und Speicherung meiner Besoldungsdaten zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) bin ich einverstanden.

Unterschrift, Datum

Anlage zum Beihilfeantrag

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

Spalten 1 und 2	Spalte 4	
Belege bitte 1. nach Empfänger/-in der Leistung ordnen; Abkürzungen: A = Antragsteller, E = Ehegatte K = Kind (K1, K2 usw.) und anschließend 2. durchnummeriert rechts oben nummerieren und dementsprechend in die Zusammenstellung eintragen.	AB = ärztliche Behandlung BF = Beförderungskosten BH = Betriebsmittel für Hilfsmittel BK = Bestattungskosten HB = Hilfsmittel für Brille/Kontaktlinsen HK = Heilkur HP = häusliche Pflege HS = sonstige Hilfsmittel KB = Kieferorthopädische Behandlung	KH = stationäre Krankenhausbehandlung RP = Arznei- und sonstige Heilmittel SB = Sanatoriumsbehandlung SO = Sonstiges VU = Vorsorgeuntersuchung ZB = Zahnbehandlung ZE = Zahnersatz ZU = Zuschuss

1	2	3	4	5	6	
Beleg-Nr.	Empfänger/-in der Leistung	Datum der Rechnung	Art der Leistung	Rechnungsbetrag €	Leistungen von Versicherungen	
					%	oder €
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
Summe						