

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe (ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

Landrat
Beihilfestelle
Postfach 15 52
47515 Kleve

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf
besonderem Vordruck geltend machen.

Beihilfe-Nr.			Personalnummer					
1	Name		Vorname		Besoldungs-/ Vergütungsgruppe	Geburtsdatum		
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort					Telefon tagsüber		
	Dienststelle Schule <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Kreis Kleve <input type="checkbox"/> Name der Dienststelle:			Nur Beschäftigte : Beim Kreis Kleve ununterbrochen beschäftigt seit				
	Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/>		Teilzeit <input type="checkbox"/> Sabbatjahr <input type="checkbox"/> Altersteilzeit Blockmodell		Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: §85a LBG (familienpol.Gr.) vom bis			
	Wochenstundenzahl: bei Lehrern: Pflichtstundenzahl bei Vollbesch:		verheiratet seit		geschieden seit			
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig		verwitwet seit		getrennt lebend seit: Unterhaltsverpflichtung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname					Geburtsdatum		
	Ist Ihr Ehegatte berufstätig? <input type="checkbox"/> ja, S. Nr. 6b <input type="checkbox"/> nein			im öffentlichen Dienst oder vergleichbarer Einrichtung beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja, s. Nr. 6b <input type="checkbox"/> nein				
2		Es ist ein Abschlag gewährt worden		durch Bescheid vom:		in Höhe von: EUR		
3			Bankverbindung bitte bei erstmaliger Antragstellung und Änderungen angeben, bei Beihilfekonto bitte immer Bankverbindung angeben. <input type="checkbox"/> Gehaltskonto BIC: IBAN:					
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? ¹⁾	Anspruchszeitraum (vom / bis) ²⁾	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Originalbelege 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	
5 Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:								
Person (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht versichert	Privat versichert bei ³⁾	In der gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGBV stand zu ⁴⁾		
			pfl. versichert bei	freiwillig versichert bei	familienversichert über	für die Zeit von - bis	Zuschuss im Antragsmonat (EUR)	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat (EUR)
Antragstellende Person (A)1	<input type="checkbox"/>				E <input type="checkbox"/>			
Ehegattin/ Ehegatte (E)	<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/>			
Kind 1	<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
Kind 2	<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
Kind 3	<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
Kind 4	<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
Kind 5	<input type="checkbox"/>				A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			

- 1) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zzgl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen oder bei denen nur wegen Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfallen ist.
- 2) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand.
- 3) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Quotenbescheinigung) beifügen.
- 4) Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen, in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 7 und 8.

6	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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf gesondertem Blatt		
b	von antragstellenden Personen, die für Aufwendungen der Ehegattin / des Ehegatten und für die 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Name der Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge
				Falls selbst beihilfeberechtigt , bitte ankreuzen
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
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? nein ja
				Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragsteller/ Antragstellerin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
		Ehegattin/ Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
d	in Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO. <input type="checkbox"/> Die Mutter des Kindes ist nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt und hat keinen eigenen Anspruch auf Beihilfe		
e	bei Unfällen	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle) verursacht: Beleg-Nrn. Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck Unfallbericht (Vordruck-Nummer L 35) ausfüllen und beifügen		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfenfestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages bin ich nicht einverstanden. (Ggfl. bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

, den

Verfügung:

1. Auszahlungsanordnung über _____ EUR fertigen – Kapitel Titel erl.
2. Rechnungsamt (nach Weisung der Leiterin/des Leiters des Rechnungsamtes)
3. Reinschrift absenden, erl.
4. z. d. A.

Der Landrat
Im Auftrag

sachlich und rechnerisch richtig: