

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Antragstellerin/Antragsteller (Familiename, Vorname)	Beihilfenummer	Geburtsdatum
Dienststellen-Nr. oder Schule		Besoldungsgruppe
E-Mail-Adresse dienstlich		
E-Mail-Adresse privat (freiwillige Angabe)		
Telefon dienstlich	Telefon privat (freiwillige Angabe)	

Stadt Bielefeld
Beihilfenstelle des Schulamtes
beim Amt für Personal, Organisation
und Zentrale Leistungen
33597 Bielefeld

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
(PC oder Schreibmaschine,
möglichst nicht handschriftlich)

Familienstand	seit (Datum)
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend (s. Anmerk. 2)	

Vorname Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, gegebenenfalls abweichender Familienname
--

Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre Lebenspartnerin/Ihr Lebenspartner berufstätig?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, im öffentlichen Dienst oder einer vergleichbaren Einrichtung?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei (Name des Arbeitgebers):	

Bitte Belege beifügen und nicht klammern oder heften

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag und Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Besoldungsgruppe) 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 Beihilfefestsetzung 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 Belastungsgrenzen für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags 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 (gegebenenfalls bitte ankreuzen).

Datum, Unterschrift	Gesamtbetrag der Aufwendungen ca.	Anzahl der Belege (siehe Seite 4, Anmerkung 8)
	Eur	

Werden Pflegeaufwendungen nach § 5 ff. BVO geltend gemacht?
<input type="checkbox"/> Ja - bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen <input type="checkbox"/> Nein

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?		
<input type="checkbox"/> Ja - bitte Bankverbindung eintragen	<input type="checkbox"/> Nein	
Geldinstitut	Int. Kontonummer (IBAN)	BIC

Erstantrag oder hat sich die Anschrift, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?	
<input type="checkbox"/> Ja - bitte Anschrift eintragen	<input type="checkbox"/> Nein
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfenantrag ergeben?

Ja - bitte Nr. 1 bis 9 vollständig ausfüllen Nein - bitte weiter bei Nr. 7

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

Vollbeschäftigt (Gilt nicht für Versorgungsempfängerin/-empfänger)		Eintrittsdatum		Zahl der Wochenstunden		Regelm. Arbeitszeit bei Vollbeschäftigten		Altersteilzeit (Gesamtzeitraum einschließlich der Freistellung)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Beurlaubung ohne Dienstbezüge o. Elternzeit i. d. letzten 12 Monaten?				Beurlaubungsgrund					
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	vom	bis						

2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Familienname, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (siehe Anm. 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen siehe Anm. 7)	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)
Ehegatte/eingetr. Lebenspartnerin/Lebenspartner		_____	_____			
Kind 1 (K 1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K 4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 5 (K 5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3 Krankenversicherungsschutz

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder -bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenversicherung					als Rentner	seit (TT.MM.JJJJ)
	Normaltarif	Basistarif	Kosten-erstattung	freiwillig	pflicht-versichert	familienversichert über			
Antragstellerin/Antragsteller (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
K 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung:

Bei welcher Person und wann hat dieser Wechsel stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen)

Familienname, Vorname	Zeitpunkt (TT.MM.JJJJ)	Familienname, Vorname	Zeitpunkt (TT.MM.JJJJ)

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

Ja - bitte ausfüllen Nein

Familienname, Vorname	KV-Beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	Eur	Eur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eur	Eur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eur	Eur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Erhalten Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja - bitte ausfüllen und eine Kopie der
 letzten Rentenanpassungsmitteilung beifügen Nein

Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner vor dem 01.01.1994?
Antragstellerin/Antragsteller	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/-partner	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kind	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnerin/-partners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) der Ehegattin/des Ehegatten der Lebenspartnerin/des Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?

(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) - siehe auch Anmerkung 6

Ja Nein noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein noch nicht absehbar

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsrechtlichen Vereinbarungen?

Ja - bitte ausfüllen Nein

Familienname, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Ja - bitte Belege mit „U“ kennzeichnen Nein

Es handelt sich um einen

Dienstunfall Arbeitsunfall Unfall im privaten Bereich

Unfall in der Schule Unfall beim Studium Unfall im Kindergarten

Unfallschilderung liegt bei Unfallschilderung liegt vor

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Ja - bitte Vordruck „Unfallbericht“ ausfüllen Nein

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Die **Behandlung** erfolgte durch eine **nahe Angehörige/einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwägerin oder Schwager der behandelten Person.

Ja - bitte Belege oben rechts mit „**A**“ kennzeichnen Nein

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen.

Ja - bitte Belege oben rechts mit „**G**“ kennzeichnen Nein

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt.

Ja - bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen Nein

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrageingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. Getrennt lebende berücksichtigungsfähige Ehepartner/innen haben nur dann einen Beihilfeanspruch, wenn ein Unterhaltsanspruch gegen die/den Beihilfeberechtigte/n besteht. Ggf. Nachweise beifügen.
3. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzüglich 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.
4. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
5. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).
7. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig	= NE
- Schulausbildung	= SB
- Elternzeit	= EZ
- Familienpolitischer Urlaub	= FU
- Rentenbezieher/in	= RE
- Berufstätig	= BT
- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst	= ÖD
- Hochschulausbildung	= HS
- Versorgungsempfänger/in	= VE
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II	= AL
- Bundesfreiwilligendienst	= BFD
- Berufsausbildung	= BA
8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.