

Antrag auf Beihilfe

OFD Niedersachsen
 - LBV Aurich -
 Beihilfestelle
 Postfach 1640
 26586 Aurich

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
Name	Vorname

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite. Füllen Sie diesen Vordruck möglichst in Druckbuchstaben aus und denken Sie daran, den Antrag auf der Rückseite zu unterschreiben.

Zur schnelleren Bearbeitung geben Sie bitte an:

Die Aufwendungen betragen ca. EUR

Es wird erstmalig Beihilfe beantragt (bitte Ergänzungsblatt beifügen).

Besuchen Sie die Seite der LBV der OFD im Internet unter www.ofd.niedersachsen.de. Hier finden Sie u.a. Antragsformulare, Merkblätter und aktuelle Informationen zur Beihilfe.

1. Nur auszufüllen bei Antragstellung durch Bevollmächtigten oder Betreuer

Name des Bevollmächtigten oder Betreuers	Vorname des Bevollmächtigten oder Betreuers
--	---

Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung liegt vor. Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung ist beigelegt.
 Die Erstattung dieses Antrages ist auf das Konto des Bevollmächtigten bzw. Betreuers zu überweisen.

2. Einkünfte des Ehegatten / des eingetragenen Lebenspartners

Angaben sind erforderlich, wenn Aufwendungen für Ehegatten / eingetr. Lebenspartner geltend gemacht werden. Nachweise werden ggf. gesondert von der Beihilfestelle angefordert.

- a) Hatte Ihr Ehegatte / eingetr. Lebenspartner im **vorletzten** Kalenderjahr Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 EStG oder vergleichbare ausländische Einkünfte) von über 18.000 EUR? Ja Nein
Falls ja
- b) Werden im **laufenden** Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?

3. Beihilfeansprüche bei anderen Beihilfestellen

Angabe ist erforderlich, wenn bei Ihnen ein Kind oder mehrere Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist/sind.

Erhält eine andere Person (z.B. Ehegatte, eingetr. Lebenspartner, anderer Elternteil) für Ihr Kind/Ihre Kinder den Familienzuschlag **und** hat diese andere Person einen Beihilfeanspruch nach anderen als den niedersächsischen Beihilfevorschriften? (z.B. Beihilfevorschriften des Bundes oder anderer Bundesländer) Ja Nein

Name	Vorname	Name und Anschrift der Beihilfestelle
------	---------	---------------------------------------

4. Besonderheiten einzelner Belege (Bitte nummerieren Sie **nur** die entsprechenden Belege!)

- a) Folgende Aufwendungen sind **unfall- / verletzungsbedingt** Tag des Unfalls: Beleg-Nr.:
- Es handelt(e) sich um einen Dienstunfall Unfall im privaten Bereich Schulunfall
 Drittverschulden liegt vor Ja Nein noch nicht geklärt
 Die Unfallschilderung liegt vor. ist beigelegt.
- Nur bei Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle
- b) Es **wurden** oder **werden** die Leistungen nach dem **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen. Beleg-Nr.:
- c) Es **wurden** oder **werden** die Leistungen einer **Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung** in Anspruch genommen. Beleg-Nr.:
- d) Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin, Kind oder Elternteil der behandelten Person). Beleg-Nr.:
- e) Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen. Beleg-Nr.:

5. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (Bitte immer beantworten!)

Erhalten Sie oder eine andere Person, für die Sie Aufwendungen geltend machen, einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. von einem Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber)? Ja Nein

Name	Vorname	monatl. Zuschuss	Nachweis liegt vor	Nachweis ist beigefügt
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege

a) Pflegegeld

Hiermit versichere ich, dass die Pflege vom bis im **zurückliegenden** Zeitraum durchgeführt worden ist.

Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des o. g. Zeitraumes.

vom	bis	Grund
vom	bis	Grund

Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als **Abschlag für die nächsten 6 Monate** ab dem gezahlt wird. (Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

b) Vollstationäre Pflege

Hiermit beantrage ich eine **Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate** ab dem (Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

Hinweis bei Abschlagszahlungen: Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein.

7. Zahlung aufgrund Übergang des Anspruchs nach § 93 SGB XII

Akten- / Kassenzeichen

- Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten!)**
1. Die Zahlung erfolgt grundsätzlich auf das **Bezüge-/Versorgungskonto**
 2. Das **Ergänzungsblatt** ist beizufügen:
 - a) **beim Erstantrag;**
 - b) **bei Änderungen der persönlichen Angaben** (z. B. Änderung der Anschrift, Bankverbindung).
 3. Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Ehegatte, Kind, etc.).
 4. Bitte reichen Sie keine **Original-Arzneimittelverordnungen** (Original-Rezepte) ein. Rezepte für ab dem 01.01.2011 gekaufte Arzneimittel werden nicht zurückgesandt.
 5. Bei Aufwendungen für **Kinder** sind **Originalbelege** vorzulegen, wenn beide Elternteile selbst beihilfeberechtigt sind. Dies gilt nicht für Arzneimittelverordnungen (sh. Pkt. 4).
 6. Bei **Heil- und Hilfsmitteln** sowie **Heilbehandlungen** ist die **vorherige schriftliche Verordnung** des Arztes beizufügen.
 7. **Heilkuren, Sanatoriumsaufenthalte** und **ambulante psychotherapeutische Maßnahmen** müssen vor Behandlungsbeginn durch die Beihilfefestsetzungsstelle anerkannt werden.
 8. Werden **Aufwendungen nach dem Tode** des Beihilfeberechtigten geltend gemacht, sind diese stets im Original vorzulegen. Dies gilt nicht für Arzneimittelverordnungen (sh. Pkt. 4).
 9. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem **Rechnungs- bzw. Kaufdatum** und dem Antragseingang bei der OFD Niedersachsen **nicht mehr als ein Jahr** liegt.
 10. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen 100 EUR übersteigen. Ausnahme: Der älteste Beleg ist 10 Monate alt und die Aufwendungen betragen insgesamt mehr als 15 EUR. Für Tarifbeschäftigte gilt eine generelle Antragsgrenze von 15 EUR.
 11. Wenn Sie den Antrag mit der **Deutschen Post** zusenden, **frankieren** Sie diesen Brief bitte **ausreichend**. Nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen werden **nicht angenommen**.

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich **nachträgliche Erstattungen** und **Ermäßigungen** von Dritten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. **Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.**

Datum	Unterschrift
-------	--------------