

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. Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für den 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. 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/eingetr. Lebenspartner, Kind oder Elternteil der behandelten Person). Beleg-Nr.:

e) Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen. Beleg-Nr.:

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

5. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege				
a) Pflegegeld				
<input type="checkbox"/> Hiermit versichere ich, dass die Pflege		vom	bis	durchgeführt worden ist.
		im zurückliegenden Zeitraum		
<input type="checkbox"/> Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des o. g. Zeitraumes.				
vom	bis	Grund		
vom	bis	Grund		
<input type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als Abschlag für die nächsten 6 Monate ab dem		01.	Monat	Jahr
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)		gezahlt wird.		
b) Vollstationäre Pflege				
<input type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate ab dem		01.	Monat	Jahr
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)				
Hinweis bei Abschlagszahlungen: Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein!				

6. Zahlung aufgrund Übergang des Anspruchs nach § 93 SGB XII	
Akten- / Kassenzeichen	

Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten!)	
<ul style="list-style-type: none"> Die krankheits- bzw. pflegebedingten Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungsaussteller gefertigten Zweitschriften der Belege sind ausreichend. Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Antragsteller, Ehegatte/eingetr. Lebenspartner, Kinder). Rezepte für rabattfähige Arzneimittel werden nicht zurückgesandt. Bei Heil- und Hilfsmitteln ist die vorherige schriftliche Verordnung des Arztes beizufügen. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Rechnungs- bzw. Kaufdatum und dem Antragseingang nicht mehr als ein Jahr liegt. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen 100 EUR übersteigen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstände. Rehabilitationsmaßnahmen und psychotherapeutische Maßnahmen müssen vor Behandlungsbeginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Wenn Sie den Antrag mit der Deutschen Post oder einen anderen Anbieter zusenden, frankieren Sie diesen Brief bitte ausreichend. Nicht bzw. nicht ausreichend frankierte Postsendungen werden nicht angenommen. 	

<p>Ich versichere 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 Beihilfestelle anzuzeigen habe.</p> <p>Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.</p>

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