

Antrag auf Beihilfe

OFD Niedersachsen
- LBV Hannover -
Beihilfestelle
30149 Hannover

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 Nein

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

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

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 01. Monat Jahr 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 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!)**
- 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.

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.
Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.

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