



## ANTRAG AUF ZAHLUNG EINER BEIHILFE

Beihilfe-Nr.									

bei Erstanträgen Nr. freilassen

**Kommunale Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe  
kwv-Beihilfekasse  
Postfach 8209  
48044 Münster**

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Besoldungs-/Entgeltgruppe seit

Dienstherr bzw. Arbeitgeber seit (Eintrittsdatum)

Bei Polizistinnen und Polizisten: Dienststelle (Ort)  
Polizeipräsidium/-behörde

Bei Lehrerinnen und Lehrern im Landesdienst: Ort der Schule  
Schulbehörde (Kreis oder kreisfreie Stadt)

Name der Schule:

Grundschule  Hauptschule  Förderschule   
Verbundschule  Sekundarschule  Sonstige Schule

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse (freiwillige Angabe)

**Bitte keine Originalbelege beifügen und die  
Kopien nicht klammern oder heften**

Bitte verwenden Sie den Antrag immer dann, wenn es sich um einen **Erstantrag** handelt oder sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag Änderungen ergeben haben.

**Beachte: Sofern Sie Pflegeaufwendungen nach § 5 ff. BVO geltend machen wollen, bitte den Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe verwenden.**

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?  Ja  Nein

Ja Bitte ausfüllen:

IBAN										BIC
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

Erstantrag oder hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?  Ja  Nein

Ja Bitte ausfüllen:

Straße, Hausnummer						Postleitzahl, Ort
--------------------	--	--	--	--	--	-------------------

Erstantrag oder hat sich der Familienstand geändert?  Ja  Nein

Ja Bitte ausfüllen:

Familienstand	verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit	eingetragene Lebens- partnerschaft seit	getrennt lebend seit	hat Ihr Ehegatte Anspruch auf Unterhalt
<input type="checkbox"/> ledig						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Bei wiederholter Antragstellung:**

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

Ja Bitte Nr. 1 bis 9 vollständig ausfüllen

Nein Bitte weiter bei Nr. 7



#### 4 ZUSCHUSS ZUM KRANKENVERSICHERUNGSBEITRAG

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

Nein  Ja **Bitte ausfüllen**

Name, Vorname	KV-Beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweise bitte beifügen
	€	€	
	€	€	

#### 5 NUR AUSFÜLLEN FÜR PERSONEN MIT RENTENANSPRUCH

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

Nein  Ja **Bitte ausfüllen**

Name, Vorname	TT.MM.JJJJ
	seit:
	seit:

#### 6 ANGABEN ZU DEM GESAMTBETRAG DER EINKÜNFTE DES EHEGATTEN / EINGETRAGENEN LEBENSPARTNERS

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  
(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) s. 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 arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

Nein  Ja **Bitte ausfüllen**

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

#### 8 WERDEN AUFWENDUNGEN AUFGRUND VON UNFÄLLEN GELTEND GEMACHT?

Nein  Ja Bitte Belege mit **U** kennzeichnen

Es handelt sich um einen  Dienstunfall  Unfall im Kindergarten  
 Arbeitsunfall  Unfall in der Schule  
 Unfall im privaten Bereich  Unfall beim Studium

Die Unfallschilderung liegt bei  liegt vor

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein  Ja Bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.

(Vordruck unter [www.kvw-muenster.de](http://www.kvw-muenster.de))

#### 9 WERDEN AUFWENDUNGEN AUS DEN NACHFOLGEND GENANNTEN BEREICHEN GELTEND GEMACHT?

Nein  Ja **Bitte ausfüllen**

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

Bitte Belege oben rechts mit **nA** kennzeichnen

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

Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen

## 10 IN GEBURTSTFÄLLEN UND BEI ADOPTIONEN

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt (bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen)  Ja

Die Mutter des Kindes ist **nicht** im öffentlichen Dienst beschäftigt und hat **keinen** eigenen Anspruch auf Beihilfe  Ja

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 sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag  
der Aufwendungen

Anzahl der Belege  
(s. Anmerkung 8)  
bitte nach A / E / K\* sortieren und  
jeden Beleg oben rechts  
kennzeichnen

€

(\*A = Antragsteller, E = Ehegatte/eingetragene Lebenspartnerschaft, K = Kinder, bei mehreren Kindern K1, K2 ...)

### Anmerkungen

- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragsesingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
- Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzügl. 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.
- Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
- 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.
- 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 1.1.2004 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).
- Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	<b>ÖD</b>	- Hochschulausbildung =	<b>HS</b>
- Berufstätig =	<b>BT</b>	- Schulausbildung =	<b>SB</b>
- Elternzeit =	<b>EZ</b>	- Versorgungsempfänger/in =	<b>VE</b>
- Beurlaubung aus familiären Gründen	<b>FU</b>	- Rentenbezieher/in =	<b>RE</b>
- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	<b>AL</b>	- Wehrdienst / Zivildienst =	<b>WD / ZD</b>
- Nicht erwerbstätig =	<b>NE</b>	- Pflegezeit =	<b>PZ</b>
- 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.