

ANTRAG AUF ZAHLUNG EINER BEIHILFE

Beihilfe-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bei Erstanträgen Nr. freilassen

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

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Besoldungs-/Entgeltgruppe seit

--	--

Dienstherr bzw. Arbeitgeber seit (Eintrittsdatum)

--	--

Bei Polizistinnen und Polizisten: Ort der Dienststelle
Polizeipräsidium/-behörde

--	--

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

--	--

Name der Schule:

Grundschule <input type="checkbox"/>	Hauptschule <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/>
Verbundschule <input type="checkbox"/>	Sekundarschule <input type="checkbox"/>	Sonstige Schule <input type="checkbox"/>

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

Bitte keine Originalbelege² 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.

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

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Nein

Ja Bitte ausfüllen:

IBAN	BIC

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

Nein

Ja Bitte ausfüllen:

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Erstantrag oder hat sich der Familienstand geändert?

Nein

Ja Bitte ausfüllen:

Familienstand	verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit	eingetragene Lebenspartnerschaft 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) zu?

Nein Ja **Bitte ausfüllen**

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

5 ANGABEN ZU DEM GESAMTBETRAG DER EINKÜNFTE DES EHEGATTEN / EINGETRAGENEN LEBENSPARTNERS

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 € überstiegen?⁶

Ja Nein

noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja Nein

noch nicht absehbar

6 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	Nachweise bitte beifügen

7 WERDEN AUFWENDUNGEN AUFGRUND VON UNFÄLLEN GELTEND GEMACHT?

Nein Ja **Bitte Belege mit U kennzeichnen**

Es handelt sich um einen

<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im Kindergarten	Unfallschilderung bitte beifügen
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall in der Schule	
<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> Unfall beim Studium	

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

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

(Vordruck unter www.kvw-muenster.de)

8 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, Schwägerin ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja **Bitte Belege mit nA kennzeichnen**

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

Ja **Bitte Belege mit G kennzeichnen**

9 IN GEBURTSFÄLLEN UND BEI ADOPTIONEN

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO NRW wird beantragt Ja **Bitte Geburtsurkunde beifügen²**

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

Anmerkungen:

1. Eine Beihilfe kann nur gezahlt werden, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. **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.
3. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie für einen Beruf ausgebildet werden.
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, 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	- Eigene Beihilfeberechtigung z. B. im öffentlichen Dienst =	ÖD
- Schulausbildung =	SB	- Hochschulausbildung =	HS
- Elternzeit =	EZ	- Versorgungsempfänger/in =	VE
- Familienpolitischer Urlaub =	FU	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	AL
- Pflegezeit =	PZ	- freiwilliger Wehrdienst =	FWD
- Rentenbezieher/in =	RE	- Freiwilligendienst =	FD
- Berufstätig =	BT		
8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

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 NRW).

Datum, Unterschrift

**Gesamtbetrag
der Aufwendungen**

Anzahl der Belege⁸

_____ (freiwillige Angabe)

_____ (freiwillige Angabe)