

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

An die  
Universität Paderborn  
Beihilfenstelle

33095 Paderborn

1

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen.

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen.

1		Name, Vorname, Amtsbezeichnung, Besoldungs-/Vergütungsgruppe der Antragstellerin/ des Antragstellers				Geburtsdatum			
<b>Nur Besoldungsgruppen W 1, W 2, W 3:</b>									
Höhe der monatlichen Bruttobezüge (ohne Kindergeld und Familienzuschlag) einschl. Leistungszulage(n)						€			
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort						Telefon tagsüber			
Dienststelle/Fakultät/Fachbereich/Institut/Dezernat				Nur Beschäftigte gemäß TV-L (früher BAT und TV-Arb):					
				Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999		nein ja			
Vollbeschäftigung:				Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten:					
ja nein, Zahl der Wochenstunden:				nein ja, Grund: vom bis					
Familienstand		verheiratet seit		geschieden seit		verwitwet/hinterblieben seit			
ledig						getrennt lebend seit			
						eingetragene Lebenspartnerschaft seit: <sup>1)</sup>			
						Aufgehoben seit:			
Vorname des Ehegatten / Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname <sup>2)</sup>						Geburtsdatum <sup>2)</sup>			
2 Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf mein Konto									
IBAN (2 Buchstaben, 20 Ziffern)				BIC (8-11 Zeichen)					
3		Kinder		Geburtsdatum		Steht Ihnen oder Ihrem nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner für das Kind Kindergeld zu?			
(Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)		Name, Vorname		Falls nein: Ist das Kind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?		Anspruchszeitraum <sup>3, 4)</sup>			
						(vom/bis)			
1.				ja nein		ja nein			
2.				ja nein		ja nein			
3.				ja nein		ja nein			
4.				ja nein		ja nein			
4 Antragstellende Person, Ehegatte / Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert (Bitte aktualisieren Sie Ihren Versicherungsschutz auch, wenn Sie bspw. <u>keinen</u> Beihilfeanspruch für Ihre Kinder mehr haben):									
Personen		Nur Beamte und Versorgungsempfänger		Nur (Tarif-) Beschäftigte		In einer gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt:		Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 26 Abs. 2 SGB II, § 257 SGB V, § 61 SGB XI stand zu oder wird auf Grund § 207 a SGB III übernommen: <sup>6)</sup>	
(Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 3)		Privat: versichert bei <sup>5)</sup>		Privat versichert seit: <sup>5)</sup>		nein ja ambulant stationär		Jahr: _____ für die Zeit vom - bis	
		pflicht- versichert bei		freiwillig versichert bei		familien- versichert über		Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	
1		3		4		5 6 7		8 9 10	
Antragstellende Person (A)						A E/L			
Ehegatte (E) Lebenspartner (L)									
Kind 1 (K 1)									
Kind 2 (K 2)									
Kind 3 (K 3)									
Kind 4 (K 4)									

- Bitte bei erstmaliger Antragstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen.
- Nur ausfüllen, wenn für den Ehegatten / Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der Ehegatte / Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis zum 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.
- Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Ortszuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendung nicht bestand.
- Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.
- Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 8 und 9.

<b>5 Nur auszufüllen:</b>					
<b>a</b>	bei <b>vorrangigen Ansprüchen</b>	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?			
		nein	ja	Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt.	
<b>b</b>	von der Antragstellerin/dem Antragsteller, die/der  für Aufwendungen der Ehegattin / des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin / des Lebenspartners oder Kinder eine Beihilfe beantragt  <b>oder dessen Ehegatte / Lebenspartner selbst beihilfeberechtig ist!</b>	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) der <b>Ehegattin / des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin / des Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung</b> 18.000 € überstiegen? <i>(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)</i>			
		nein	ja	noch nicht bekannt	
		Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? noch nicht absehbar			Ja                  Nein
		Sind oder waren <b>Ehegatte/Lebenspartner</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld?			
		nein	ja:		
	Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtig, bitte ankreuzen	
<b>c</b>	wenn die Antragstellerin/der Antragsteller oder ein Angehöriger <b>Rentenempfänger/in</b> ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Kranken- oder bis 31.03.2004 am Pflegeversicherungsbeitrag?  <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen	
		Antragsteller	nein          ja	nein          ja	€
		Ehegatte Lebenspartner	nein          ja	nein          ja	€
		Kind	nein          ja	nein          ja	€
<b>d</b>	in <b>Geburtsfällen</b> und bei <b>Adoptionen</b>	Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO (bitte Kopie der Geburtsurkunde beilegen)			
<b>e</b>	bei <b>Unfällen</b>	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle): Beleg Nr. _____ Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck <b>Unfallbericht</b> ausfüllen.			

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag sind keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht worden, die von Ehegatten / Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

Für geltend gemachte Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_