

Antrag auf Beihilfe

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle
Postfach 1570
26585 Aurich

Personalnummer	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 des NLBV im Internet unter www.nlbv.niedersachsen.de. Hier finden Sie u.a. Antragsformulare, Merkblätter und aktuelle Informationen zur Beihilfe.

1. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (Immer auszufüllen!)					
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"/>	
2. Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. den Ehegatten/eingetr. Lebenspartner geltend gemacht werden (Nachweise werden ggf. gesondert von der Beihilfestelle angefordert!)					
a) Hatte Ihre Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. Ihr Ehegatte/eingetr. Lebenspartner im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte gem. § 2 Abs. 3 EStG oder vergleichbare ausländische Einkünfte) von über 18.000 EUR? <i>Falls ja</i>				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b) Werden im laufenden Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Besonderheiten einzelner Belege (Bitte nummerieren Sie nur die entsprechenden Belege!)					
a) <input type="checkbox"/> Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt		Tag des Unfalls:	Beleg-Nr.:		
Es handelt(e) sich um einen		<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> Schulunfall	
Drittverschulden liegt vor		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> noch nicht geklärt	
Die Unfallschilderung		<input type="checkbox"/> liegt vor.	<input type="checkbox"/> ist beigefügt.		
Nur bei Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle					
Es bestehen Kostenübernahmeansprüche gegenüber folgenden anderen Kostenträgern:					
b) <input type="checkbox"/> Es wurden oder werden die Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen.				Beleg-Nr.:	
c) <input type="checkbox"/> Es wurden oder werden die Leistungen einer Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen.				Beleg-Nr.:	
d) <input type="checkbox"/> Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatten, eingetr. Lebenspartner/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person).				Beleg-Nr.:	
e) <input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen.				Beleg-Nr.:	

