

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

**Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen.**

**Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:**  
Bitte alle Fragen beantworten

An  
Stadt Menden (Sauerland)  
Zentrale Dienste- Beihilfestelle  
Neumarkt 5  
58706 Menden

**Bei wiederholter Antragstellung:**  
Haben sich Änderungen bei den Fragen 3-5 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?  
 nein  ja  
(nur Nr. 1,2 und 6 ausfüllen) (Nr. 1 - 6 vollständig ausfüllen)

<b>1</b>	Name, Vorname, Besoldungsgruppe							Geburtsdatum		
	Straße, Haus - Nr., PLZ, Wohnort							Telefon tagsüber		
	Dienststelle				Nur tariflich Beschäftigte:			Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zahl der Wochenstunden:				Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund vom: bis:					
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet/hinterblieben seit <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft seit <input type="checkbox"/> Aufgehoben seit										
Vorname des Ehegatten/Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname							Geburtsdatum			
<b>2</b>	Es ist ein Abschlag gewährt worden			durch Bescheid vom				in Höhe von €		
<b>3</b>	Geldinstitut:				IBAN			BIC		
<b>4</b>	<b>Kinder <sup>1)</sup></b>									
Name, Vorname		Geburtsdatum TT.MM.JJJJ		Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu		Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu		Von TT.MM.JJJJ	Bis TT.MM.JJJJ	Angaben zur Berufstätigkeit usw.
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<b>5</b>	<b>Krankenversicherungsschutz:</b> Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird. Versicherungsschein oder -bescheinigung beifügen!									
		<b>Private Krankenversicherung</b>			<b>Gesetzliche Krankenversicherung</b>					
Versicherte Person		Name:			Name:					
		Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Auslandsversicherung	Kosten-erstattung	freiwillig	pflicht-versichert	familien-versichert über	als Rentner	seit
Antragsteller/in - A -		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner - E -		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	
Kind 1 - K1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 2 - K2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 3 - K3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 4 - K4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

1) Als berücksichtigungsfähig gelten Kinder über 18 Jahre bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie für einen Beruf ausgebildet werden. Über das 25. Lebensjahr hinaus sind Kinder berücksichtigungsfähig, wenn Sie in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium sich befinden und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst geleistet haben, sich anstelle des gesetzlichen Grundwehrdienstes freiwillig für nicht mehr als drei Jahre zum Wehrdienst verpflichtet haben oder eine vom gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt und sie diesen oder die Tätigkeit vor dem 1. Juli 2011 angetreten haben. Die Berücksichtigung erfolgt längstens für die Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes. Eine Berücksichtigung kommt jedoch nicht in Betracht, wenn ein Kind den in Folge der Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht eingeführten freiwilligen Wehrdienst abgeleistet hat

<b>6</b>	<b>Nur auszufüllen:</b>																		
<b>a</b>	bei vorrangigen Ansprüchen	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder von arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt																	
<b>b</b>	Von antragstellenden Personen, die für den <b>Ehegatten / Lebenspartner</b> und für <b>Kinder</b> eine Beihilfe beantragen	<p>Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten/Lebenspartners im <b>Kalenderjahr vor der Antragstellung 23.861 €</b> überstiegen? (Bei erstmaligen Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt</p> <p>Dieser Betrag wird regelmäßig, erstmals ab 2022, im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West erhöht, angepasst und auf volle Euro aufgerundet.</p> <p>Den Einkünften hinzugerechnet werden die Differenz zwischen Besteuerungs- und Ertragsanteil der Rente, bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2022 und ausländische Einkünfte (§ 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a bzw. § 34d EStG).</p> <p>• für Aufwendungen die ab 01.01.2026 entstehen: Die Summe der Einkünfte liegt im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen unter 23.861 EUR (§ 2 Absatz 2 und 5a des EStG).</p> <p>Sind oder waren der Ehegatte/Lebenspartner oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld?  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name dieser Person</th> <th>Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. der Zahlung dieser Bezüge</th> <th>Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge</th> <th>Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. der Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. der Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen																
			<input type="checkbox"/>																
			<input type="checkbox"/>																
			<input type="checkbox"/>																
<b>c</b>	wenn der Antragsteller oder die Antragstellerin oder Angehöriger Rentenempfänger*in ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?																
		Antragstellerin/Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
		Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
<b>d</b>	in Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO. Bitte eine Kopie der Geburtsurkunde beifügen!																	
<b>e</b>	bei Unfällen	<p>Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, Beleg-Nr.:</p> <p>Es handelt sich um einen  <input type="checkbox"/> Dienstunfall    <input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich    <input type="checkbox"/> Unfall in der Schule    <input type="checkbox"/> Unfall beim Studium    <input type="checkbox"/> Unfall im Kindergarten</p> <p>Eine Unfallschilderung    <input type="checkbox"/> liegt bei    <input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p>Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck "Unfallbericht" ausfüllen</p>																	

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 Familienzuschlag 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 Einzelkindern, Geschwistern, Großeltern, Schwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin des Behandelten durchgeführt worden sind.

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

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

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages bin ich nicht einverstanden.

(ggf. bitte ankreuzen)

Ort, Datum
------------

Unterschrift der antragstellenden Person
--





