



# Antrag auf Beihilfe

Personalnummer:

Arbeitgeber:

Name:

Vorname:

Bischöflich Münstersches Offizialat  
Referat 670 – Personal  
Kolpingstraße 14  
49377 Vechta

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

Es wird erstmalig Beihilfe beantragt (Bitte Ergänzungsblatt beifügen!).

## 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  Nein

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

- a. Hatte Ihre Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. Ihr Ehegatte/eingetr. Lebenspartner im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragsstellung Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte gem. § 2 Abs. 23 EStG oder vergleichbare ausländische Einkünfte) von über 18.000 EUR? Ja  Nein
- b. Werden im laufenden Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?

## 3. Besonderheiten einzelner Belege (Bitte nummerieren Sie nur die entsprechenden Belege!)

- a.  Folgende Aufwendungen sind unfall-/verletzungsbedingt

Tag des Unfalls:

Beleg-Nr.:

Es handelt(e) sich um einen  Dienstunfall  Schulunfall  Privatunfall  
 Drittverschulden liegt vor  Ja  Nein  noch nicht geklärt  
 Die Unfallschilderung  liegt vor  ist beigefügt

Nur bei Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle
Es bestehen Kostenübernahmeansprüche gegenüber folgenden anderen Kostenträgern:

- b.  Es wurden oder werden die Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen. Beleg-Nr.:
- c.  Es wurden oder werden die Leistungen einer Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung in Anspruch genommen. Beleg-Nr.:
- d.  Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/-in, Kind oder Elternteil der behandelten Person). Beleg-Nr.:
- e.  Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen Beleg-Nr.:

4. Pflegegeld/Vollstationäre Pflege

a. Pflegegeld

- Hiermit versichere ich, dass die Pflege im zurückliegenden Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durchgeführt worden ist.
- Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des oben genannten Zeitraumes

vom	bis	Grund
vom	bis	Grund

- Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als Abschlag für die nächsten 6 Monate ab dem 01. \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ gezahlt wird

b. Vollstationäre Pflege

- Hiermit beantrage ich eine Abschlagzahlung für die nächsten 6 Monate ab dem 01. \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ .

Hinweis bei Abschlagzahlungen: Bitte reichen Sie die Rechnung nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein!

5. Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten)

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Zweitschriften der Belege sind ausreichend
- Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Antragsteller/-in, Ehegattin/Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in, Kinder).
- Bei Heil- und Hilfsmitteln ist die Verordnung des Arztes beizufügen.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Rechnungs- bzw. Kaufdatum und dem Antragseingang nicht mehr als ein Jahr liegt. Diese Ausschlussfrist ist auch dann fristwahrend einzuhalten, wenn wegen der Aufwendungen ein privatrechtliches Streitverfahren anhängig ist.
- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendung 100 EUR übersteigen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung zulässig, wenn eine unbillige Härte entstände.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meine Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Erstattungen und Ermäßigungen von Dritten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch von keiner anderen Person und auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.

Bei Antragstellung durch Bevollmächtigte/-n oder Betreuer/-in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

- Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung liegt vor bzw. ist beigefügt.

Datum	Unterschrift

