

## **Hinweise zum Antragsverfahren BeihilfeNRWplus**

### **1. Anschrift**

Bitte richten Sie **alle** Anträge, Belege und sonstigen Schriftverkehr ausschließlich an die

**Zentrale Scanstelle  
Beihilfe  
32746 Detmold**

### **2. Antragsformulare**

Für Ihre Antragsstellung benutzen Sie bitte ausschließlich die landeseinheitlichen Antragsvordrucke, da nur so eine automatisierte Lesbarkeit Ihrer Unterlagen sichergestellt werden kann. Zudem können Sie die Antragsformulare im Internet unter [www.beihilfe.nrw.de](http://www.beihilfe.nrw.de) – Rubrik „Formulare Beihilfe“ herunterladen.

### **3. Sonstiger Schriftverkehr**

Schriftverkehr, der sich nicht auf die Belegabrechnung bezieht, wie zum Beispiel

- die Einwendung (Widerspruch) zu einem Beihilfebescheid;
- die Anfrage nach einem Kostenanerkennnis aus Anlass zum Beispiel einer Rehabilitationsmaßnahme, einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Implantatversorgung;
- die Vorlage angeforderter und/oder ergänzender Unterlagen (zum Beispiel Versicherungsnachweis, Vollmacht, Rentenbescheid);
- Röntgenbilder, Gebissabdrücke, CDs und ähnliches;
- sonstige Mitteilungen Ihrerseits

ist ebenfalls an die Scanstelle in Detmold zu richten. Um entsprechende Vorgänge einzureichen, steht Ihnen ein gesondertes Formular (Anschreiben Zentrale Scanstelle Beihilfe) zur Verfügung (als Anlage beigefügt). Auch dieses Schreiben steht unter dem oben genannten Link zum Download zur Verfügung. Die Unterlagen sind jeweils mit Ihrer persönlichen Beihilfenummer zu versehen.

#### **4. Nichtscanbare Unterlagen**

Unterlagen, die nicht scanbar sind, zum Beispiel Röntgenbilder, Gebissabdrücke, CDs und ähnliches, werden von der Zentralen Scanstelle an die Beihilfestelle weitergeleitet.

#### **5. Keine Rücksendung von Unterlagen**

Ihre Belege werden elektronisch eingelesen und nach Ablauf einer bestimmten Frist vernichtet. Eine Rücksendung Ihrer Unterlagen, Belege etc. im Rahmen der Beihilfebearbeitung erfolgt nicht mehr. Reichen Sie daher bitte ausschließlich Kopien beziehungsweise Zweitschriften ein. Für die Nachvollziehbarkeit des Beihilfebescheides (zum Beispiel bei Kürzungen) empfiehlt es sich, eine Kopie der eingereichten Belege in Ihren Unterlagen aufzubewahren.

#### **6. Aufbewahrungspflicht entfällt**

Die Pflicht, Belege drei Jahre lang nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren, entfällt mit der Einführung der elektronischen Erfassung.

#### **7. Belegkopien**

Kopieren Sie bitte einseitig und stets nur einen Beleg (zum Beispiel Rezept) auf ein Blatt.

#### **8. Kein Heften – Klammern - Kleben**

Fügen Sie Ihre Belege dem Antrag bitte lose bei. Heften, klammern oder kleben Sie Ihre Belege nicht an den Antrag. Dies führt zu vermeidbaren Aufwendungen und verzögert die Bearbeitungszeit.

#### **9. Beihilfenummer stets angeben**

Geben Sie bei **jeder** Korrespondenz mit der Beihilfestelle bitte immer Ihre korrekte Beihilfenummer an, da diese ein wichtiges Zuordnungskriterium darstellt.

#### **10. Beihilfeanträge von Ehegatten**

Ehegatten mit jeweils eigenem Beihilfeanspruch reichen Ihre Beihilfeanträge bitte in separaten Umschlägen ein.

## **11. ambulante Psychotherapie – besonderes Antragsverfahren**

Im Rahmen eines einzuleitenden Gutachterverfahren betreffend einer ambulanten Psychotherapie ist der Bericht des behandelnden Therapeuten beziehungsweise der behandelnden Therapeutin von diesem beziehungsweise dieser ausschließlich in dem hierzu von der Beihilfekasse zur Verfügung gestellten besonderem Umschlag (orange, gekennzeichnet mit Aufdruck „vertrauliche Arztsache“) an die Scanstelle in Detmold zu senden. Hiermit wird gewährleistet, dass der Bericht ungeöffnet an die Beihilfekasse weitergeleitet wird und dann von hier an den Gutachter, ebenfalls ungeöffnet, übermittelt wird. Nähere Informationen und die erforderlichen Antragsunterlagen erhalten Sie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beihilfekasse.

## **12. Keine Briefmarken oder frankierten Rückumschlag beifügen**

Bitte fügen Sie den Abrechnungsunterlagen oder Zuschriften weder Briefmarken noch frankierte Rückumschläge bei.

## **13. Kurzantrag - Langantrag**

Einen **Kurzantrag** können Sie immer dann nutzen, wenn sich gegenüber dem vorherigen Antrag bei Ihnen oder Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen keine Änderungen der Personenstammdaten ergeben haben.

Einen **Langantrag** müssen Sie verwenden, wenn Sie erstmalig Beihilfe beantragen bzw. sich persönliche Daten, wie z.B. Kontoverbindung, Adresse, Kinder, Versicherungsschutz geändert haben.

## **14. Altes Antragsformular**

Antragsformulare des Rhein-Sieg-Kreises sind ab sofort nicht mehr zu verwenden.

## **15. Antrag per E-Mail oder Telefax**

Eine Antragstellung per E-Mail oder Telefax ist nicht möglich.

## **16. Antrag per App**

Ausführungen zur Nutzung der BeihilfeNRW-App finden Sie auf einem separaten Hinweisblatt.



## **Hinweise zur Nutzung der BeihilfeNRW-App**

Mit der Beihilfe NRW-App haben Sie die Möglichkeit Ihre Beihilfeanträge digital zu stellen und Fotos der Belege mit einem mobilen Endgerät (Smartphone, Tablet) verschlüsselt an die Zentrale Scanstelle Beihilfe zu übermitteln. Damit entfällt ein Verschicken der Papiere per Post.

### **1. Installation der BeihilfeNRW-App**

Die App steht Ihnen kostenfrei im App Store bzw. Play Store zum Download zur Verfügung. Bitte installieren Sie diese eigenverantwortlich auf Ihrem privaten mobilen Endgerät.

Der Rhein-Sieg-Kreis kann für Ihr privates mobiles Endgerät keine Sicherheit garantieren. Bitte sorgen Sie eigenverantwortlich für einen ausreichenden Schutz für Soft- und Hardware.

### **2. Registrierung und Passwortvergabe**

Nach erfolgreicher Installation der BeihilfeNRW-App ist eine Registrierung erforderlich. Dazu müssen Sie sich beim erstmaligen Öffnen der App einmalig mit Ihrer persönlichen Beihilfennummer anmelden. Nach Akzeptieren der Nutzungsbedingungen werden Sie gebeten, ein persönliches Passwort zum Schutz der App zu vergeben. Dieses Passwort wird künftig beim Öffnen der App abgefragt. Eine Änderung des Passwortes ist jederzeit in den Einstellungen der App möglich. Mit „Abschicken“ werden Ihre Anmeldedaten an das Land NRW übermittelt.

### **3. Bestätigungs-Code**

Nach erfolgreicher Übermittlung Ihrer Registrierungsdaten an das Land NRW erhalten Sie binnen weniger Tage ein Schreiben per Post mit Ihrem persönlichen Bestätigungscode. Diesen Bestätigungscode müssen Sie in die App eingeben, um den Registrierungsprozess abzuschließen. Nach erfolgreichem Abschluss können Sie die BeihilfeNRW-App direkt nutzen.

### **4. Fehlerbehandlung**

Sollte ein Fehler bei der Installation oder Registrierung aufgetreten sein, erhalten Sie auf der Internetseite <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/de/beihilfe-nrw-app> weitere Informationen.

## 5. Digitale Beihilfeantragstellung

Nachdem Sie sich mit Ihrem Bestätigungscode in der App erfolgreich angemeldet haben, gehen Sie auf den Button „Belege einreichen“. Danach werden Sie durch das weitere Verfahren geleitet. Sie fotografieren Ihre Belege mit der in Ihrem Smartphone beziehungsweise Tablet vorhandenen Kamera.

Am Ende des Verfahrens werden Sie gefragt, ob Sie mit der Antragstellung fertig sind und ob Sie die Belege einreichen möchten. Durch Bestätigen wird Ihre Antragstellung beendet und an die Scanstelle Detmold übermittelt. Über den Button „Statusbericht“ erkennen Sie, ob die Belege bei der Scanstelle Detmold eingegangen sind. Ihren Beihilfebescheid erhalten Sie weiterhin mit der Post von Ihrer Beihilfestelle des Rhein-Sieg-Kreises.

Wenn Sie wie oben beschrieben vorgehen, brauchen Sie kein gesondertes Antragsformular verwenden. Dieses wird automatisch durch das Verfahren generiert.

### **Hinweis zum Fotografieren:**

Bitte fotografieren Sie auch kleine Belege einzeln und beispielsweise nicht zwei Rezepte nebeneinander.

## 6. Eine App für alle Fälle?

Die BeihilfeNRW-App kann nur als Äquivalent zum **Kurzantrag** genutzt werden. Sofern sich Änderungen in den persönlichen Verhältnissen ergeben haben und ein Langantrag erforderlich ist oder Pflegeaufwendungen geltend gemacht werden, sind die Unterlagen auf dem Postweg an die Zentrale Scanstelle Detmold zu übersenden. Dies gilt auch für den sonstigen Schriftverkehr mit Ihrer Beihilfestelle.

## 7. Datenschutz

Über die Nutzung der Beihilfe-APP entscheiden Sie. Die Nutzung ist nicht verpflichtend und erfolgt auf eigene Gefahr. Verantwortlicher i.S.d. Art. 4 Ziffer 7 Datenschutzgrundverordnung für die BeihilfeNRW-APP ist allein der Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW) mit Sitz in Düsseldorf, nicht der Rhein-Sieg-Kreis. Insbesondere liegt die Verpflichtung zur Datenschutzzinformation nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung nicht beim Rhein-Sieg-Kreis. Diese Hinweise sind ein ergänzender Service.

Mit Bestätigung / Anerkennung der Nutzungsbedingungen bei der Installation und Registrierung der BeihilfeNRW-APP erteilen Sie Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Nähere Informationen zum Verfahren und der technischen Sicherungen finden Sie unter <http://beihilfeappinfo.nrw.de/rechtliches.html>

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ein Widerruf der Einwilligungserklärung ist jederzeit mit dem Löschen der App möglich. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zum Widerruf wird hierbei nicht berührt.

# Ihre persönliche Checkliste für Ihren Beihilfeantrag

---

**Wollen Sie der ZSDT helfen Ihren Antrag schneller bearbeiten zu können?**

Dann haben wir hierzu eine kurze Checkliste für Ihren Beihilfeantrag:

## **Steht auf Ihrem Antrag:**

- Ihr Name ?
- Ihre Beihilfenummer ?
- Ihr Geburtsdatum ?
- Haben Sie unterschrieben?

## **Belege:**

- Keine Originalbelege?
- Kopien nicht klammern oder heften!
- Gut lesbare Kopien?
- Alle Seiten des Beleges in Reihenfolge?
- Keine farbigen Markierungen vornehmen!
- Keine Apothekenstempel über die PZN / IK-Nummern auf Rezepten!
- Nicht mehrere Belege auf eine Seite kopieren!
- Bei mehr als 7 Seiten einen größeren Umschlag nutzen!
- Auch bei Schriftverkehr die Beihilfenummer angeben!
- Nicht zwei Anträge mit unterschiedlichen Beihilfenummern in einen Umschlag packen!

Bitte achten Sie auf eine ausreichende Frankierung.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre Zentrale Scanstelle Beihilfe in Detmold



Absender	Nachname	Vorname
	Straße	Hausnummer
	PLZ	Ort

Beihilfenummer
----------------

Geburtsdatum
--------------

Zentrale Scanstelle Beihilfe  
32746 Detmold

## Schreiben an die Beihilfestelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Überprüfung der beigefügten Unterlagen zur

- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Zahnersatz (Heil- und Kostenplan) – nur bei Zahnimplantaten vor Behandlungsbeginn erforderlich –
- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur kieferorthopädischen Behandlung (Heil- und Kostenplan, Kostenvoranschlag)
- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel (ab 1.000,00 EUR)
- Beantragung einer  stationären Rehabilitationsmaßnahme
  - stationären Mutter / Vater / Kind-Kur
  - ambulanten Rehabilitationsmaßnahme
  - ambulanten Kurmaßnahme
  - \_\_\_\_\_

ich übersende Ihnen die erforderlichen/angeforderten Unterlagen (zu Antrag Nr.\_\_\_\_)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Verordnung                                 | <input type="checkbox"/> Erklärung zur Berücksichtigung von Kindern und zum Beihilfebemessungssatz (Anlage Kinder und Wahlerklärung) |
| <input type="checkbox"/> Kostenaufschlüsselung für Brillen                    | <input type="checkbox"/> Kindergeldnachweis  |
| <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis                                | <input type="checkbox"/> Auslagennachweis  |
| <input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung / Einverständniserklärung | <input type="checkbox"/> Einkommenssteuerbescheid  |
| <input type="checkbox"/> Unfallschilderung z. Unfall vom <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Auskunft Berufstätigkeit Ehepartner   |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht  | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Studienbescheinigung                                 |  |

Bemerkung / Mitteilungen:

--

Ort, Datum

Unterschrift



# Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 5

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

Zentrale Scanstelle  
Beihilfe  
32746 Detmold

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat – *Angaben freiwillig* -

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat – *Angaben freiwillig* -

Zutreffendes bitte   
ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine,  
möglichst nicht handschriftlich)

## Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

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 Beihilfestelle anzuzeigen habe.

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

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

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden.  (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag  
der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege  
(s. Anmerkung 8)

, – €

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend gemacht  
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Ja

**Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?**

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte							BIC

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

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Bei wiederholter Antragstellung:**

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja **Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen**

Nein **Bitte weiter bei Nummer 7**

**1 Angaben zum Beschäftigungsumfang**

Vollbeschäftigung:

Ja Nur Tarifbeschäftigte:  
Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999  
ja nein

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

Nein  
 Ja vom bis  
Grund:

Nein Zahl der Wochenstunden:

**2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen**

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)	von TT.MM. JJJJ	bis TT.MM. JJJJ
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner						
Kind 1 (K 1)						
Kind 2 (K 2)						
Kind 3 (K 3)						
Kind 4 (K 4)						
Kind 5 (K 5)						

**3 Krankenversicherungsschutz**

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder –bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung					
	Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Auslandvers.	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert 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 / eingetragener 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"/>
K 1	<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"/>
K 2	<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"/>
K 3	<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"/>
K 4	<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"/>
K 5	<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"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt  
TT.MM.JJJJ

--	--

#### 4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	€	€		
	€	€		

#### 5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

am:

#### 6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  
(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag), s. auch Anmerkung 6

Ja  Nein

noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja  Nein

noch nicht absehbar

#### 7 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	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Ja (bitte Belege mit U kennzeichnen)

Es handelt sich um einen

Dienstunfall

Unfall im Kindergarten

Arbeitsunfall

Unfall in der Schule

Unfall im privaten Bereich

Unfall beim Studium

Nein  
Die Unfallschilderung liegt bei

liegt vor

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein  Ja (bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

## 9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

Die **Behandlung** erfolgte **durch einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatte / eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja (bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen)

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

Ja (bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen)

## 10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt

Ja

### Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb von 24 Monaten (für Aufwendungen bis 31.12.18 innerhalb eines Jahres) nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragsvorgangs 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. Über das 25. Lebensjahr hinaus sind Kinder berücksichtigungsfähig, wenn sie in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium sich befinden und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes 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.
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 (*bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag*), 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 =	<b>NE</b>	- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	<b>ÖD</b>
- Schulausbildung =	<b>SB</b>	- Hochschulausbildung =	<b>HS</b>
- Elternzeit =	<b>EZ</b>	- Versorgungsempfänger/in =	<b>VE</b>
- Familienpolitischer Urlaub =	<b>FU</b>	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	<b>AL</b>
- Pflegezeit =	<b>PZ</b>	- Gesetzlicher Wehrdienst =	<b>GWD</b>
- Rentenbezieher/in =	<b>RE</b>	- Freiwilliger Wehrdienst =	<b>FWD</b>
- Berufstätig =	<b>BT</b>	- Zivildienst =	<b>ZD</b>
		- Freiwilligendienst =	<b>FD</b>
8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.

# Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (freiwillige Angabe)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (freiwillige Angabe)

Zentrale Scanstelle  
Beihilfe  
32746 Detmold

## Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend machen wollen, stellen Sie bitte für diese Aufwendungen einen **gesonderten Antrag** und fügen die **Anlage „Pflege“** bei.

Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte

- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen
- Familienstand, Familienzuschlag, Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des Ehegatten sowie bei
- Unfällen oder Verletzungen

verwenden Sie bitte das umfassende Antragsformular („Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“).

## Erklärung:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

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

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

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

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) 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 Antrags bin ich nicht einverstanden; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.  (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der  
Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege

, – €

<sup>1</sup>(als 1 Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und die Material- und Laborkosten).



# Anlage „Pfleger“

P

## Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

vom

### 1. Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A)
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) (E)
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (A) (E)

### 2. Angaben zu Pflegeleistungen

Pflegebedürftige Person				Pflegegrad				
Name, Vorname				1	2	3	4	5
Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)				liegt bei		wird nachgereicht		
liegt vor								
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulante Wohngruppe		Sonstige Leistungen				
Pflegedienst	Vollstationäre Pflege	Wohngruppenzuschlag		Unterstützungs- und Entlastungsleistungen				
Pflegeperson	Kurzzeitpflege	Wohnumfeldverbesserung		Ersatzpflege/Verhinderungspflege				
Kombination	Tages-/Nachtpflege	Anschubfinanzierung						
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)				liegt bei		wird nachgereicht		
liegt vor								
Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):			Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): Stunden/Woche				
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum)			vom		bis		
	Unterbrechung der Pflege wegen							
	Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person			vom		bis		
	Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person			vom		bis		
Urlaub der pflegebedürftigen Person			vom		bis			
Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson			vom		bis			

