

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(Ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

**Der Landrat**  
**Amt für Personal und Organisation**  
**Am Rübezahlwald 7**  
**51469 Bergisch Gladbach**

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.  
 Änderungen der persönlichen Daten einschl. der Kontoverbindung bitte durch deutliche Markierungen kennzeichnen.

1	Name, Vorname des Antragstellers/ der Antragstellerin					Geburtsdatum				
	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort									
	Dienststelle (bei Lehrern /Lehrerinnen Anschrift der Schule), OE									
	Nur für Beschäftigte: Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
	Telefon			Amtsbezeichnung			Entgeltgruppe			
	Bei Beschäftigten / Beamten: Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Zahl der Wochenstunden:					Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund:				vom
Familienstand		verheiratet seit	geschieden seit	verwitwet seit	getrennt lebend seit	eingetragene Lebenspartnerschaft seit <b>1)</b>			aufgehoben seit	
<input type="checkbox"/> ledig										
Vorname des Ehegatten / Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname <b>2)</b>							Geburtsdatum <b>2)</b>			
2 Es ist ein Abschlag gewährt worden					in Höhe von <b>MMM</b> €					
3 Bankverbindung: IBAN						BIC				
4	Kinder (bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden) Name, Vorname		Geburtsdatum	Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten / Lebenspartner für das Kind Kindergeld zu? ja/nein	Falls nein: ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?	Anspruchszeitraum? <b>3) 4)</b> (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? <b>Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen</b>			
1							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
3							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
4							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5							<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5 <b>Antragstellende Person, Ehegatte / Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:</b>										
			in einer gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			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: <b>6)</b>				
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		Nicht versichert	Privat versichert bei <b>5)</b>	pflicht-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert bei	für die Zeit vom bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat €	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat €	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Antragstellerin (A)		<input type="checkbox"/>				E				
Ehegatte/in (E)		<input type="checkbox"/>				A				
Kind 1 (K1)		<input type="checkbox"/>				A E				
Kind 2 (K2)		<input type="checkbox"/>				A E				
Kind 3 (K3)		<input type="checkbox"/>				A E				
Kind 4 (K4)		<input type="checkbox"/>				A E				

- 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 die Ehegattin/der Ehegatte ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 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 entfallen ist.
- Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen 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>6 Nur auszufüllen</b>				
a	bei vorrangigen Ansprüchen	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?		
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistungen bitte auf einem besonderen Blatt.	
b	von antragstellenden Personen, die für Aufwendungen des <b>Ehegatten / Lebenspartners</b> oder <b>Kinder</b> eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommenssteuergesetzes) <b>Ihres Ehegatten / Lebenspartners</b> im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000,00 € überstiegen? (Bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zzgl. der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentnetto)		
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt		
		Sind oder waren <b>Ehegatte / Lebenspartner</b> oder <b>berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Arbeitslosengeld I oder II <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		oder von Erziehungsgeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. 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"/>
c	wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger Rentenempfänger ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag und Pflegeversicherungsbeitrag? Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragsteller / in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
		Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
		Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja €
d	in <b>Geburtsfällen</b> und bei <b>Adoptionen</b>	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO		
e	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. Bei Drittverschulden besonderen Vordruck <b>Unfallbericht</b> anfordern.		

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

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

**Hinweise zum Datenschutz (Verordnung (EU) 2016/679, Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO):**

Die im Beihilfeformular erhobenen personenbezogenen Daten werden grundsätzlich zur Durchführung der Beihilfearbeitung verwendet. Die Informationen zum Datenschutz – insbesondere zu den Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten nach den Artikeln 13 und 14 DSGVO – werden Ihnen im Internetauftritt des Rheinisch-Bergischen Kreises unter [www.rbk-direkt.de](http://www.rbk-direkt.de) oder bei Bedarf in der Beihilfestelle bereitgestellt.

# Anlage zum Beihilfeantrag

des / der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung/Entgeltgruppe)

vom

## Zusammenstellung der Aufwendungen

von dem Antragsteller / von der Antragstellerin auszufüllen	Nicht von dem Antragsteller / von der Antragstellerin auszufüllen
---	---

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Leistung		Rechnungs-betrag	Leistung von Versicherungen %-Tarif oder Betrag	Beihilfefähiger Betrag zu						Bemerkungen
		(1) Emp-fänger	(2) Art			v. H.		v. H.		v. H.		
						€	Ct.	€	Ct.	€	Ct.	
1	2	3	4	4	5	6		7		8		9
nicht vom/von Antragsteller/in auszufüllen												
Höchstbetrags- berechnung (§ 12 Abs. 2 a BVO)	Aufwendungen abzüglich Leistungen der Versicherung		Höchstbetrag der Beihilfe									
v. H. von			€ =	Höchstbetrag								
v. H. von			€ =									
v. H. von			€ =									
Zuschuss gem. § BVO												
Beihilfe insgesamt												
Anzurechnende Abschläge / Kostendämpfungspauschale												
Auszahlender Betrag												

1) Bitte Abkürzungen wie zu Ziffer 5 des Antragsvordruckes verwenden (A, E, K1, K2 usw.)

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

**AB=** Ärztliche Behandlung

**BF=** Beförderungskosten

**BK=** Bestattungskosten

**HB=** Hilfsmittel (Brille/Kontaktlinsen)

**HE=** Hebamme

**HR=** Heilpraktiker

**HS=** Sonstige Hilfsmittel

**KB=** Kieferorthopädische Behandlung

**KH=** Stationäre Krankenhausbehandlung

**MF=** Heilbehandlungen (Krankengymn. usw.)

**RP=** Arznei- u. sonst. Heilmittel

**SO=** Sonstiges

**SR=** Stationäre Reha/Kur

**ZB=** Zahnbehandlung