

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe ohne Aufwendungen für dauernde Pflege

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen.

Vertraulich - Beihilfe

StädteRegion Aachen
 Der Städteregionsrat
 A 10 - Zentrale Dienste
 A 10.3 Besoldung und Beihilfen
 52090 Aachen

Ehegatte/in, eigentragene/r Lebenspartner/in im öffentlichen Dienst beschäftigt?

ja nein

Pers.-Nr. oder Beihilfe-Nr.

1	Name, Vorname, Besoldungs-/Entgeltgruppe der antragstellenden Person		Geburtsdatum							
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Telefon tagsüber							
	Dienststelle	Ruhestand ab:	Nur Arbeitnehmer: 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 Bezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grund: _____ vom: _____ bis: _____							
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit: _____	geschieden seit: _____	verwitwet/hinterblieben seit: _____	getrennt lebend seit: _____					
	Vorname des/r Ehegatten/in, Lebenspartners/in, ggf. abweichender Familienname 2)		Geburtsdatum 2)							
2	Es ist ein Abschlag gewährt worden in Höhe von €									
3	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das Konto IBAN			BIC						
4	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)	Geburtsdatum	Erhalten Sie oder Ihr/e Ehegatte/in, Lebenspartner/in für das Kind Kindergeld?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?	Anspruchszeitraum 3,4) (vom/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen.				
	Name, Vorname		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	1		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	2		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	3		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
4		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
5	Antragstellende Person, Ehegatte/in, Lebenspartner/in und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:									
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)	Nicht versichert	Nur Beamte, Versorgungsempfänger Privat versichert bei (5)	Nur Arbeitnehmer Privat versichert bei (5)	In einer gesetzl. Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <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: 6)			
				pflichtversichert über	freiwillig versichert über	familienversichert über	Jahr: für die Zeit vom/bis	Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antragstellende Person (A)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> E/L			
Ehegatte/in (E) Lebenspartner/in (L)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> A			
Kind 1 (K 1)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			
Kind 2 (K 2)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			
Kind 3 (K 3)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			
Kind 4 (K 4)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L			

1) Bei erstmaliger Antragstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen. 2) Nur ausfüllen, wenn für den/die Ehegatten/in, Lebenspartner/in Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der/die Ehegatte/in, Lebenspartner/in ebenfalls beihilfeberechtigt ist. 3) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen. 4) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht bestand. 5) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen. 6) Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 8 und 9.

6 Nur auszufüllen					
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"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt)			
b	von antragsstellenden Personen, die Aufwendungen für Ehegatte/in, Lebenspartner/in oder für Kinder eine Beihilfe beantragen	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes), zuzüglich (bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, des Ehegatten/Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
		Sind oder waren Ehegatte/in, Lebenspartner/in oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld I oder II, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Elterngeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		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"/>
c	wenn die antragstellende Person oder eine Angehörige/ein Angehöriger Rentenempfänger/Rentenempfängerin ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag?	Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
		Antragstellerin/Antragsteller	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
		Ehegatte/in/Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
		Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
d	in Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO			
e	in Todesfällen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Beihilfe nach § 11 BVO			
		Name der/des Verstorbenen	Todestag		
		Sterbeort <input type="checkbox"/> im Inland <input type="checkbox"/> im Ausland			
f	bei Unfällen	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle): Beleg Nr. Bitte Unfallschilderung beifügen oder bei Drittverschulden besonderen Vordruck Unfallbericht ausfüllen. Dienstatunfälle werden durch die personalaktenführende Stelle bearbeitet			

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preiserhöhungen 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 Beihilfenfestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/in

Ich wünsche die Zusendung eines neuen Beihilfeformulars

StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
A 10 - Zentrale Dienste
A 10.3 Besoldung und Beihilfen
52090 Aachen

<u>Vertraulich - Beihilfe</u>

Anschrift oder Dienststelle des Antragstellers

Sachbearbeiter/in: Herr/Frau	
Raum	Telefon 0241/5198 -
Datum	

Gewährung einer Beihilfe

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen, wie umseitig berechnet, Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 Euro, bei stationärer Behandlung und ambulanter Kur- und Rehabilitationsmaßnahme mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen Ihres/r Ehegatten/in, Lebenspartners/in gewährt wurde:

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) zuzüglich (bei erstmaligen Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der 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 unterlegen haben, Ihrer/s Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihre/n Ehegatten/in, Lebenspartner/in gewährte Beihilfe ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihrer/s Ehegatten/in, Lebenspartners/in wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihrer/s Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse ausgezahlt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der StädteRegion Aachen - Der Städteregionsrat - in 52090 Aachen, Zollernstr. 10, A 10 / Zentrale Dienste, einzulegen. Falls die Frist durch das Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden sollte, würde dessen Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

Der Widerspruch kann auch auf elektronischem Weg eingelegt werden. Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Der Widerspruch kann über das Bürgerportal der StädteRegion Aachen durch ein mit qualifizierter elektronischer Signatur versehenes elektronisches Dokument übermittelt werden. Rufen Sie hierzu folgende Adresse auf: www.staedteregion-aachen.de/rechtsbehelf
2. Der Widerspruch kann durch De-Mail in der Sendevariante mit bestätigter sicherer Anmeldung nach dem De-Mail-Gesetz erhoben werden. Die De-Mail-Adresse lautet: info@staedteregion-aachen.de-mail.de.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: Rechnungsbelege

StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
A 10 - Zentrale Dienste
A 10.3 Besoldung und Beihilfen
52090 Aachen

<u>Vertraulich - Beihilfe</u>

Anschrift oder Dienststelle des Antragstellers

Sachbearbeiter/in: Herr/Frau	
Raum	Telefon 0241/5198 -
Datum	

Gewährung einer Beihilfe

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

auf Ihren Antrag wird Ihnen, wie umseitig berechnet, Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 500 Euro, bei stationärer Behandlung und bei ambulanter Kur- und Rehabilitationsmaßnahme mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen Ihres/r Ehegatten/in, Lebenspartners/in gewährt wurde:

Falls nachträglich bekannt wird, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) zuzüglich (bei erstmaligen Rentenbezug ab 01.01.2004) der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag, zuzüglich ab 01.01.2009 der 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 unterlegen haben, Ihrer/s Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen hat, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihre/n Ehegatten/in, Lebenspartner/in gewährte Beihilfe ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihrer/s Ehegatten/in, Lebenspartners/in wird unter dem Vorbehalt gewährt, dass Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, dass die Einkünfte Ihrer/s Ehegatten/in, Lebenspartners/in im Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 18.000 Euro nicht überschritten haben.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse ausgezahlt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der StädteRegion Aachen - Der Städteregionsrat - in 52090 Aachen, Zollernstr. 10, A 10 / Zentrale Dienste, einzulegen. Falls die Frist durch das Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden sollte, würde dessen Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

Der Widerspruch kann auch auf elektronischem Weg eingelegt werden. Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Der Widerspruch kann über das Bürgerportal der StädteRegion Aachen durch ein mit qualifizierter elektronischer Signatur versehenes elektronisches Dokument übermittelt werden. Rufen Sie hierzu folgende Adresse auf: www.staedteregion-aachen.de/rechtsbehelf
2. Der Widerspruch kann durch De-Mail in der Sendevariante mit bestätigter sicherer Anmeldung nach dem De-Mail-Gesetz erhoben werden. Die De-Mail-Adresse lautet: info@staedteregion-aachen.de-mail.de.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: Rechnungsbelege

1) Ausgabebeleg über _____ Euro fertigen
2) Z.d.A.

Erl. _____
Namenszeichen, Datum