

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

An die
Universität Paderborn
Beihilfenstelle

33095 Paderborn

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

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen.

1	Name, Vorname, Amtsbezeichnung, Besoldungs-/Vergütungsgruppe der Antragstellerin/ des Antragstellers					Geburtsdatum						
Nur Besoldungsgruppen W 1, W 2, W 3:												
Höhe der monatlichen Bruttobezüge (ohne Kindergeld und Familienzuschlag) einschl. Leistungszulage(n)						€						
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort						Telefon tagsüber						
Dienststelle/Fachbereich/Dezernat				Nur Beschäftigte gemäß TV-L (früher BAT und TV-Arb):								
Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja												
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		verheiratet seit _____ geschieden seit _____		verwitwet/hinterblieben seit _____ getrennt lebend seit _____		eingetragene Lebenspartnerschaft seit: ¹⁾ _____						
<input type="checkbox"/> ledig		Aufgehoben seit: _____										
Vorname des Ehegatten / Lebenspartners, ggf. abweichender Familienname ²⁾						Geburtsdatum ²⁾						
2	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf mein Konto											
IBAN (2 Buchstaben, 20 Ziffern)				BIC (8-11 Zeichen)								
3	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)		Geburtsdatum		Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten / Lebenspartner für das Kind Kindergeld zu?		Falls nein: Ist das Kind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?		Anspruchszeitraum 3, 4) (vom/bis)		Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: Bitte Originalbelege beifügen!	
Name, Vorname												
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		
4	Antragstellende Person, Ehegatte / Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert (Bitte aktualisieren Sie Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie bspw. keinen Beihilfeanspruch für Ihre Kinder haben):											
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		Nur Beamte und Versorgungsempfänger		Nur (Tarif-) Beschäftigte		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: ⁶⁾			
		Privat: versichert bei ⁵⁾		Privat versichert seit: ⁵⁾		pflicht-versichert bei	freiwillig versichert bei	familien-versichert über	Jahr: _____ für die Zeit vom - bis		Zustehender Zuschuss im Antragsmonat Euro	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat Euro
1		3		4		5	6	7	8		9	10
Antragstellende Person (A)								E / L				
Ehegatte (E) Lebenspartner (L)								A <input type="checkbox"/> E / L <input type="checkbox"/>				
Kind 1 (K 1)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Kind 2 (K 2)								A <input type="checkbox"/> E / L <input type="checkbox"/>				
Kind 3 (K 3)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Kind 4 (K 4)								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

- 1) Bitte bei erstmaliger Antragstellung beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen.
- 2) Nur ausfüllen, wenn für den Ehegatten / Lebenspartner Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und der Ehegatte / Lebenspartner ebenfalls beihilfeberechtigt ist.
- 3) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis zum 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 für das Kind entfallen ist.
- 4) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Ortszuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendung 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.

5 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"/> nein <input type="checkbox"/> ja Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt.			
b	von der Antragstellerin/dem Antragsteller, die/der für Aufwendungen der Ehegattin / des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin / des Lebenspartners oder Kinder eine Beihilfe beantragt	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) der Ehegattin / des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin / des Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 € überstiegen?			
		<i>(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag)</i>			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
		Sind oder waren Ehegatte/Lebenspartner 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 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 Antragstellerin/der Antragsteller oder ein Angehöriger Rentenempfänger/in ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Kranken- oder bis 31.03.2004 am Pflegeversicherungsbeitrag? <i>Falls ja:</i> Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen	
		Antragsteller	<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 Geburtsfällen und bei Adoptionen	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO (bitte Kopie der Geburtsurkunde beilegen)			
e	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.			

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 Familien-/Orts-/Sozialzuschlag 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 geltend gemachte Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
