

**Consal
Service GmbH
Postfach 90 02 54
81502 München**

Der Antragsteller erhält einen/keinen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung

Unterschrift Dienststelle

Antrag auf Beihilfe – Ausgabe Nordrhein-Westfalen

Beihilfenummer (soweit bekannt)	Arbeitgebernummer	Antragssumme
---------------------------------	-------------------	--------------

Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon tagsüber	Telefon privat	Telefax

Bankverbindung

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN D E	BIC

keine Änderungen seit letzter Antragstellung (wenn die erneute Antragstellung innerhalb eines Kalenderjahres erfolgt, dazu gehören auch Angaben zu Unfällen und Einkünften von Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner)

Pflegeleistungen werden geltend gemacht

1. Beihilfeberechtigter

<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> auf Widerruf	<input type="checkbox"/> Angestellter/ Arbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellter mit beamt. Versorg.	<input type="checkbox"/> Saisonarbeiter	<input type="checkbox"/> Vers.-Empf./Rentner seit
---	--	--	---	--

Beschäftigungsbeginn	Dienstherr/Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt
		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit Wochenstunden

Bei Teilzeitbeschäftigten: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt Wochenstunden Altersteilzeit (auch aktive Phase) seit Wochenstunden

in Elternzeit	von	bis	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	Beschäftigungsverhältnis endet zum
---------------	-----	-----	---	------------------------------------

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend, wenn ja: besteht ein Anspruch auf Unterhalt	<input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden/ aufgehoben	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit
---------------	---	---	--	---	------

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Rente Vollwaisengeld

Bitte reichen Sie uns nur Kopien bzw. Duplikate ein. Wir geben grundsätzlich keine Belege mehr zurück. Wir bitten Sie, keine Heftklammern zu verwenden.

2. Ehegatte/Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/Lebenspartners	Geburtsdatum
--	--------------

Einkommen und Berufstätigkeit von Ehegatten/Lebenspartner

Hat die Summe der Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes) – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – des Ehegatten/Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 21 995 Euro überstiegen? Bei erstmaligem Rentenbezug ab dem 01.01.2022 muss anstatt dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil der Rente die Bruttorente berücksichtigt werden.

nein ja noch nicht bekannt

Sind oder waren Ehegatte/Lebenspartner in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder von Erziehungsgeld?

nein ja

Name der 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"/>

3. Sofern beide Ehegatten/Lebenspartner einen eigenen Beihilfeanspruch haben, sollten die Aufwendungen für die Kinder nur von dem Antragsteller geltend gemacht werden, dem das Kindergeld ausgezahlt wird.

Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder – § 2 Abs. 2 BVO – angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)	Geburtsdatum	Wer erhält das Kindergeld?		Wenn weder (A) noch (E): Ist das Kind beim Kindergeld grundsätzlich berücksichtigungsfähig?	Anspruchszeitraum (von/bis)	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe?
		Antragsteller (A)	Ehegatte (E)			
1 <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2 <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3 <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes (Vorname) (gilt auch bei Wehrdienst)

Vorname	seit
---------	------

Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (Vorname)

Vorname	seit
---------	------

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Private Zusatzversicherung	Bei privater Krankenversicherung				Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		▪ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				
					Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/ Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein ja Wer gewährt den Zuschuss? Arbeitgeber Rentenversicherungsträger

<input type="checkbox"/> Antragsteller	Höhe des Zuschusses	mtl. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Euro	seit <input style="width: 80%;" type="text"/>	Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)
<input type="checkbox"/> Ehegatte/ Lebenspartner	Höhe des Zuschusses	mtl. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Euro	seit <input style="width: 80%;" type="text"/>	mtl. <input style="width: 80%;" type="text"/> Euro

6. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)?

nein ja ► **▪ Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.**

7. Beziehen Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente? ja nein

Falls ja:

Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31. 12. 1993?	Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder am Pflegeversicherungsbeitrag?	Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
Antragstellerin/Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> Euro
Ehegattin/Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> Euro
Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> Euro

Bitte Nachweise beifügen**8. Nur ausfüllen bei Unfällen** (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)Verletzte Person

Es handelt sich um

 einen Dienstatunfall einen Arbeitsunfall einen Privatunfall einen Schulunfall ein anderes schädigendes EreignisUnfalldatum Liegt ein Fremdverschulden vor? nein ja
Die Ansprüche werden abgetreten nein ja

Bei Fremdverschulden kann die Beihilfe nur gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche gewährt werden.

Um welche Belege handelt es sich?

Beleg-Nr. **Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!**

Adresse der Versicherungsgesellschaft und Schadennummer/Aktenzeichen angeben:

9. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind Aufwendungen sind aus dienstlichem Anlass entstanden Aufwendungen sind aus privatem Anlass entstanden Dienstreisevon bis in (Land)

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung?

 nein ja Abordnungvon bis **10. Nur auszufüllen bei Aufwendungen für häusliche Pflege**Name der pflegebedürftigen Person Name der Pflegeperson Verwandtschaftsverhältnis Pflege wird beantragt Abschlagszahlung für 6 Monate wird beantragtWerden für die Pflegeperson von der Pflegekasse Beiträge an den Rentenversicherungsträger abgeführt ja nein

Unterbrechung der Pflege

von bis

Bestätigung der Pflege

Unterschrift der Pflegeperson **11. In Geburtsfällen und bei Adoptionen** Ich beantrage einen Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO Die Mutter des Kindes ist nicht im öffentlichen Dienst beschäftigt und hat keinen eigenen Anspruch auf Beihilfe**12. Sollten Rückfragen** zu einzelnen Rechnungspositionen notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass sich die Beihilfestelle direkt mit dem Rechnungssteller in Verbindung setzt ja nein**13. Erläuterungen, Hinweise****Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.****Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten/Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamts) unzutreffend werden.****Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.**Ort, Datum Unterschrift des / der Beihilfeberechtigten oder der / des Bevollmächtigten Vollmacht liegt vor
Vollmacht liegt bei