

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

An die
Universität Paderborn
Beihilfenstelle

33095 Paderborn

1

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						
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort				Telefon tagsüber						
	Dienststelle/Fakultät/Fachbereich/Institut/Dezernat		Nur Beschäftigte gemäß TV-L (früher BAT und TV-Arb):								
			nein		ja						
	Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999										
Vollbeschäftigung:			Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten:								
ja nein, Zahl der Wochenstunden:			nein ja, Grund: vom bis								
Familienstand		verheiratet seit		geschieden seit		verwitwet/hinterblieben seit		getrennt lebend seit		eingetragene Lebenspartnerschaft seit: ¹⁾	
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		Ist der andere Elternteil selbst beihilfeberechtigt?		Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht zu		Anspruchszeitraum ³⁾	
	Name, Vorname							Antragssteller = A anderer Elternteil = E		(vom/bis)	
	1.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> A E			
	2.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> A E			
	3.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> A E			
4.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> A E				
4 Antragstellende Person, Ehegatte / Lebenspartner und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert (Bitte aktualisieren Sie Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie bspw. <u>keinen</u> Beihilfeanspruch für Ihre mehr Kinder haben):											
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 3)		<u>Nur Beamte und Versorgungsempfänger</u>		<u>Nur (Tarif-) Beschäftigte</u>		In einer gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewährt: <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		2		3		4	5	6	7	8	9
Antragstellende Person (A)								E / L <input type="checkbox"/>			
Ehegatte (E) Lebenspartner (L)								A <input type="checkbox"/>			
Kind 1 (K 1)								A E / L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K 2)								A E / L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K 3)								A E / L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K 4)								A E / L <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.
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 oder dessen Ehegatte/Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt ist!	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin / des Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 20.000 € überstiegen? <i>Zu den Einkünften hinzuzurechnen sind ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d des Einkommensteuergesetzes sowie bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2022 die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes und dem Bruttorentenbetrag.</i> nein ja noch nicht bekannt Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? ja nein noch nicht absehbar 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? nein ja: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Name dieser Person</td> <td style="width:33%;">Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge</td> <td style="width:33%;">Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge</td> <td style="width:15%;">Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		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"/>
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"/>												
c	wenn die Antragstellerin/der Antragsteller oder ein Angehöriger Rentenempfänger/in ist	Person Antragsteller Ehegatte/Lebenspartner Kind	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja												
		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 € € €													
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, Verschwägerten 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
