

Antragsteller (Name, Vorname)	Aktenzeichen (bitte dem letzten Bescheid entnehmen)
-------------------------------	---

Niedersächsische Versorgungskasse  
 - **Abt. Beihilfen** -  
 Postfach 81 04 04  
 30504 Hannover

**Antrag auf Beihilfe für Aufwendungen  
 nicht verschreibungspflichtiger,  
 apothekenpflichtiger Arzneimittel nach  
 § 46 Abs. 3 NBhVO für das**

Kalenderjahr \_\_\_\_\_

**1. Angaben zum Grenzbetrag (2 % allgemein oder 1 % bei chronischer Erkrankung)**

Den Grenzbetrag von 2 % habe bzw. werde ich erreichen.

Den Grenzbetrag von 1 % habe bzw. werde ich erreichen. Ich bzw. eine berücksichtigungsfähige Angehörige/ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist schwerwiegend chronisch krank **und** es liegt

- Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3 bis 5 (bis 2016 Stufe 2 oder 3) vor *oder*
- ein Grad der Behinderung von mindestens 60 v.H. vor *oder*
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist, vor.

Entsprechende Nachweise habe ich  beigefügt  bereits vorgelegt.

**2. Angaben zum Jahreseinkommen**

Ich/Wir verfüge/n über folgende zur Ermittlung des Grenzbetrages heranziehbare Einkommen (entsprechende Nachweise über das Brutto-Vorjahreseinkommen habe ich beigefügt):

Fragen bitte vollständig beantworten!	Antragsteller	Ehegatte/ingetr. Lebenspartner/in
Dienst- u. Versorgungsbezüge ( ohne Kinderanteil im Familienzuschlag) ohne Urlaubsgeld und Sonderzuwendung <input type="checkbox"/> Bezüge-/Versorgungsabrechnung vom Dezember des Vorjahres liegt bei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bei eigener Beihilfeberechtigung bitte einen eigenen Antrag stellen!
Renten aus der gesetzl. Rentenversicherung (z.B. Deutsche Rentenvers., Knappschaft o.ä.) <input type="checkbox"/> Rentenanpassungsmitteilung vom 01. Juli des Vorjahres liegt bei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z.B. VBL-Rente, Betriebsrente) <input type="checkbox"/> Mitteilung vom 01. Juli des Vorjahres liegt bei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einkünfte aus selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Gehaltsmitteilung aus Dezember des Vorjahres liegt bei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lohnersatzleistungen (z.B. Arbeitslosengeld I/II, Mutterschafts-/ Elterngeldgeld, Krankengeld, Eingliederungshilfe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Nur für Anwärter (Beamte im Vorbereitungsdienst)**  
 Neben meinen Anwärterbezügen hatte ich im Vorkalenderjahr keine weiteren Einkünfte

Das Einkommen des/r Ehegatten/in braucht nicht angegeben zu werden, weil diese/r

- in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist bzw.
- selbst beihilfeberechtigt ist.

Im Familienzuschlag sind derzeit \_\_\_ Kind/er berücksichtigungsfähig

Wurden Sie und Ihr Ehegatte im vergangenen Jahr gemeinsam zur Einkommenssteuer veranlagt bzw. werden Sie die gemeinsame Veranlagung beantragen:  ja  nein

Die Erstattung für sogenannte Bagatellarzneimittel ist nach § 46 Abs. 3 Satz 4 NBhVO ausgeschlossen.

Bagatellarzneimittel sind:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
- Mund- und Rachentherapeutika (ausgenommen bei Pilzinfektion),
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit sowie
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Die bisher für das Kalenderjahr dieses Antrages angefallenen Rezepte für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel (ausgenommen Bagatellarzneimittel)

- sind beigefügt.
- werde ich unter Hinweis auf diesen Antrag nachreichen.

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind, und dass ich nachträgliche Erstattungen und Ermäßigungen von Dritten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Formular drucken

Formular zurücksetzen