

Antragsteller/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Aktenzeichen
Dienstherr bzw. ehemaliger Dienstherr bzw. Arbeitgeber		Die Aufwendungen betragen ca. _____ € Anzahl der Belege _____

Antrag auf Beihilfe für

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

krankheitsbedingte Aufwendungen

Aufwendungen aufgrund einer
Pflegeeinstufung

(Für Dienstunfallaufwendungen bitte gesonderten Antragsvordruck verwenden.)

Beantragen Sie erstmalig bei uns Beihilfe? Ja Nein

Möchten Sie mit dem Beihilfebescheid einen **Kurzantrag** erhalten? Ja Nein

Die folgenden Angaben benötigen wir bei der **erstmaligen Beantragung** von Beihilfen und bei **Änderungen der persönlichen Verhältnisse** (bitte nur die jeweiligen Änderungen eintragen)

1. Die beantragte Beihilfe überweisen Sie bitte auf mein bekanntes Konto nachstehendes Konto: (nur bei Änderung ausfüllen)

IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	bei Geldinstitut
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

2. Angaben zu den Einkünften des/der Ehegatten/in bzw. eingetragenen Lebenspartners/in (bitte nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner geltend gemacht werden)

Hatte/Hat Ihr/e Ehegatte/in bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz **oder** vergleichbare ausländische Einkünfte) von **über 18.000 Euro**

im vorletzten Kalenderjahr? ja nein
voraussichtlich im lfd. Kalenderjahr? ja nein

(z.B. Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbständiger und nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft)

3. Beihilfeansprüche bei anderen Beihilfestellen (Angabe ist erforderlich, wenn bei Ihnen ein Kind/mehrere Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist/sind.)

Erhält eine andere Person (z.B. Ehegatte/in, eingetragene/r Lebenspartner/in, anderer Elternteil) für Ihr Kind/Ihre Kinder den Familienzuschlag? ja nein

Falls ja
Hat diese andere Person einen Beihilfeanspruch nach niedersächsischem Beihilferecht ja nein
oder nach anderen Beihilfevorschriften (z.B. des Bundes oder anderer Bundesländer)? ja nein

Name	Vorname	Name und Anschrift der Beihilfestelle
------	---------	---------------------------------------

4. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse (Soweit zutreffend, bitte stets ausfüllen und den Hinweis Nr. 7 auf Seite 4 beachten!)

Erhalten Sie oder eine andere berücksichtigungsfähige Person einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. vom Arbeitgeber oder von einem Rentenversicherungsträger)? ja nein

Name, Vorname	monatlicher Zuschuss	Nachweis liegt vor	Nachweis ist beigefügt
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Beruhen die Aufwendungen auf einen Unfall / Dienstunfall?

ja nein

Tag des Unfalls

Beleg-Nr.:

*(Die Aufwendungen für **anerkannte Dienstunfälle** werden gesondert abgerechnet. Die Vorlage von **Originalbelegen** ist erforderlich.)*

Es handelt sich um einen Dienstunfall Unfall im privaten Bereich Schulunfall/ Kindergarten/Studium
 Drittverschulden liegt vor ja nein
 Die Unfallschilderung ist beigefügt liegt bereits vor

6. Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen

(Ehegatte/in, eingetragene/r Lebenspartner/in, Kinder, Eltern der behandelten Person) **oder deren Angestellte**

Beleg-Nr.:

7. Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen

Beleg-Nr.:

8. Pflegegeld:

(Bitte bei erstmaliger Antragstellung den Bescheid über die Leistungen/Einstufung der privaten/sozialen Pflegekasse beifügen)

Gab es Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus, usw.) während der häuslichen Pflege? ja nein

Wenn ja:

vom	bis	Grund
vom	bis	Grund

9. Vollstationäre Pflege

Hiermit beantrage ich eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate ab dem **01. .20**

Die Zahlung erfolgt jeweils nachträglich zum 1. des Folgemonats.

Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abrechnungszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein.

Bei Überzahlung sind die bereits gezahlten Abschläge zurückzuzahlen.

10. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

Personen	Kurzbezeichnung der Krankenversicherung oder Krankenkasse (bei Versicherungswechsel Beginn und Ende der Versicherungsverhältnisse angeben)	Private Krankenversicherung ¹⁾					Gesetzl. Krankenkasse oder Ersatzkasse				
		Prozenttarife			Festkostentarif	Zusatztarif ²⁾	Teilkosten- erstattung	pflichtversichert	rentnerpflicht- versichert (KVdR)	freiwillig versichert	familien- versichert
		ambulant	stationär	Zahnbeh./ Zahnersatz							
Antragsteller/in		%	%	%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in		%	%	%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		%	%	%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		%	%	%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		%	%	%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind		%	%	%	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte eine aktuelle Versicherungsbescheinigung beifügen.

2) Hierunter fallen z.B. Auslands-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, o.ä.

11. Angaben zur Beschäftigung

Von allen Beihilfeberechtigten auszufüllen, die in einem Arbeits-, Ausbildungs- oder Dienstverhältnis stehen, also nicht auszufüllen von den Versorgungsempfängern/innen

voll- / teilzeitbeschäftigt seit _____ als Beamter/Beamtin Tarifbeschäftigte(r) DO-Angestellte(r)
 teilzeitbeschäftigt mit _____ von 38,5 39,0 40,0 Wochenstunden
 Altersteilzeit mit _____ von 38,5 39,0 40,0 Wochenstunden
 befristet beschäftigt von/bis _____
 Elternzeit von/bis _____
 ohne Dienstbezüge beurlaubt nein ja **Wenn ja**, von _____ bis _____

12. Allgemeine Angaben

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Telefon dienstlich	Telefon privat
E-Mail Adresse	
Vorname des/r Ehegatten/in / eingetragenen Lebenspartner/in	Geburtsdatum
Familienstand Antragsteller/in <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden seit	
Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit	Beamter/Beamtin auf Widerruf <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____

13. Im Familien- bzw. Ortszuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Vorname (ggf. anderer Familienname)	Geburtsdatum	Ich beziehe den Familien- bzw. Ortszuschlag <i>(Bei Änderungen bitte Nachweise beifügen.)</i>	
1. Kind		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Kind		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Kind		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Kind		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wegfall eines Kindes aus dem Familien- bzw. Ortszuschlag		Wiederaufnahme eines Kindes in den Familien- bzw. Ortszuschlag nach einer Unterbrechung	
Vorname	ab	Vorname	ab
Vorname	ab	Vorname	ab

14. Anspruchskonkurrenz / Weitere Ansprüche (auch die des Ehegatten / des eingetragenen Lebenspartners, des Kindesvaters / der Kindesmutter des Kindes / der Kinder)

Mein Ehegatte (auch geschiedene) oder eingetragener Lebenspartner ist im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt: <input type="checkbox"/> ja, als Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> ja, als Tarifbeschäftigte(r) <input type="checkbox"/> nein		
Ist die Kindesmutter/der Kindesvater eines der o.g. Kinder ebenfalls im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja, als Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> ja, als Tarifbeschäftigte(r) <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen weitere Beihilfeansprüche, Ansprüche auf Heilfürsorge oder Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)? Wenn ja, bitte Nachweis(e) beifügen!		
Person	Anspruch	Zahlende Stelle

Bei Ansprüchen für weitere Personen bitte weiteres Ergänzungsblatt verwenden.

Allgemeine Hinweise *(Bitte unbedingt beachten)*

1. Die krankheits- bzw. pflegebedingten Aufwendungen sind **durch Belege nachzuweisen**. Die vom Rechnungssteller gefertigten **Zweitschriften** der Belege sind ausreichend.
2. **Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/Vorsorgeleistungen** sowie **Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen/Vorsorgeleistungen** und **ambulante psychotherapeutische Maßnahmen** müssen **vor** Behandlungsbeginn durch die Beihilfefestsetzungsstelle anerkannt werden.
3. Bei **Heil- und Hilfsmitteln sowie Arznei- und Verbandmitteln u.ä.** wird die **vorherige schriftliche Verordnung** benötigt.
4. Bei **Pflegeheimkosten** fügen Sie bitte stets auch die **Pflegekostentarife** bei. Bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung bitte den **Leistungsbescheid** der Pflegekasse (Kopie ist ausreichend) mit vorlegen.
5. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Rechnungs- bzw. Kaufdatum und dem Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle NVK nicht mehr als **1 Jahr** liegt.
6. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen **100,00 EUR** übersteigen. Ausnahme: Der älteste Beleg ist 10 Monate alt und die Aufwendungen betragen insgesamt mehr als **15,00 EUR**. Für Tarifbeschäftigte gilt eine generelle Antragsgrenze von 15,00 EUR.
7. Werden zu den Krankenversicherungsbeiträgen für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse Beitragszuschüsse **von weniger als 21,00 EUR** gewährt, erhöht sich der Beihilfebemessungssatz auf 100 v.H. der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen.
8. Nach dem Tode des Beihilfeberechtigten erhalten die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft die Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen Aufwendungen. Die Erbberechtigung ist der Beihilfefestsetzungsstelle durch **Erbschein** nachzuweisen.
9. Senden Sie den Antrag auf dem Postweg zu, **frankieren** Sie den Brief bitte ausreichend, da nicht oder nicht ausreichend frankierte Postsendungen **nicht angenommen** werden.

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Beihilfezwecken gespeichert werden.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt, auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle oder von einer anderen Person.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Beihilfefestsetzungsstelle umgehend anzeigen.

Mit diesem Antrag werden keine Aufwendungen für Behandlungen - mit Ausnahme der Sachkosten - durch nahe Angehörige (Ehegatten/innen oder eingetragene Lebenspartner/innen, Eltern oder Kinder der behandelten Person) oder deren Angestellte geltend gemacht.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werden kann.

Ja Ich bin damit einverstanden, dass die Niedersächsische Versorgungskasse - Beihilfeabteilung - bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern, zuständigen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Kranken-/Pflegeversicherungen entbinde ich diese von der Schweigepflicht.

Hinweise zur Bearbeitungszeit:

Unter Bearbeitungszeit verstehen wir den Zeitraum vom Eingang Ihres Beihilfeantrags bei uns bis zu dem Tag, an dem wir Ihren Beihilfeantrag abrechnen. Sobald wir Ihren Antrag bearbeitet haben, veranlassen wir die Zahlung Ihrer Beihilfeleistungen. Festgelegte Zahlungstage sind in der Regel dienstags und donnerstags einer Kalenderwoche.

Zum Jahreswechsel und in den Sommerferien sowie einige Wochen danach haben wir regelmäßig einen sehr hohen Antragseingang. Die Bearbeitung Ihres Beihilfeantrags kann zu diesen Zeiten möglicherweise etwas länger dauern, als Sie es sonst gewohnt sind, denn in diese Zeiträume fallen auch die Haupturlaubszeiten unserer Mitarbeiter/innen.

Wir bemühen uns, die offenen Anträge so schnell wie möglich abzuarbeiten. Wenn Sie Ihre Beihilfeanträge außerhalb unserer "Spitzenzeiten" stellen, können Sie in der Regel mit einer kürzeren Bearbeitungsdauer rechnen.

Ort, Datum	Bei Vertretung: Unterschrift der Vertreterin / des Vertreters
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigelegt

Anschrift:

Am Mittelfelde 169
30519 Hannover

Postadresse

Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Kontakt

Telefon: 0511 - 87996-0
Telefax: 0511 - 87996-998

Sie können uns auch gerne eine E-Mail zusenden.

Auf unserer Internetseite www.nvk.de unter Beihilfe in der Rubrik *Ansprechpartner* finden Sie die Zuständigkeiten und Telefonnummern sowie E-Mail-Adressen.

Unter der Rubrik *Vordrucke & Merkblätter* finden Sie Anträge und Informationen zu einzelnen Bereichen aus dem Beihilferecht.

**Ihre Niedersächsische Versorgungskasse
- Abteilung Beihilfen -**