

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

Niedersächsische Versorgungskasse  
**Abteilung Beihilfen**  
 Postfach 81 04 04  
 30504 Hannover

## Kurzantrag auf Beihilfe für

krankheitsbedingte Aufwendungen

Aufwendungen aufgrund einer Pflegeeinstufung

**(Für Dienstunfallaufwendungen bitte gesonderten Antragsvordruck verwenden)**

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

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

### Bei Änderung oder Eintritt von besonderen Ereignissen wie z.B.

- Familienstand, Familienzuschlag, Bankverbindung, Anschrift,
- Rentenbezug (auch (Halb-)Waisenrente),
- Einkünften des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners,
- Pflegeverhältnis, wie z.B. Pflegeart und Pflegegrad,
- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis,
- Unfällen und Verletzungen

verwenden Sie bitte unseren ausführlichen Beihilfeantrag.

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 Zahlungs-tage 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 Antragszugang. 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 abzuwickeln. Wenn Sie Ihre Beihilfeanträge außerhalb unserer "Spitzenzeiten" stellen, können Sie in der Regel mit einer kürzeren Bearbeitungsdauer rechnen.

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