

## KURZANTRAG AUF ZAHLUNG EINER BEIHILFE

Beihilfe-Nummer

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

Antragsteller Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

**Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften**

**Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass sich gegenüber dem letzten Antrag keine Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen ergeben haben.**

**Bitte beachten: Sofern Sie Pflegeabschläge (Pflegegeld oder vollstationäre Pflege) geltend machen wollen, bitte den Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe verwenden.**

Bei **Änderungen der persönlichen Verhältnisse** in Verbindung mit folgenden Sachverhalten

- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubung, Arbeitszeit, Versetzung und Abordnung
- Familienstand, Familienzuschlag, Kindergeld
- Bankverbindung, Anschrift
- Unfällen (bitte **Unfallmeldung beifügen**)

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular **Antrag auf Zahlung einer Beihilfe**.

**Aufwendungen für den Ehegatten:** (bitte nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Ehegatten geltend gemacht werden)

- Einkünfte des Ehegatten über 22.000 € im vorletzten Kalenderjahr?  ja  nein
- Einkünfte des Ehegatten über 22.000 € vorauss. im lfd. Jahr?  ja  nein

### 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. 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 zum Datenschutz:

*Zur Erfüllung der der NVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <http://www.nvk.de/datenschutz/datenschutzhinweise/>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.*

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der Aufwendungen über 4.000 €  JA

### Hinweis:

*Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.*