Körperschaft des
öffentlichen Rechts

ANTRAG AUF ZAHLUNG EINER BEIHILFE

(Für Dienstunfallaufwendungen bitte gesonderten Antragsvordruck verwenden)

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer

bei Erstanträgen Nr. freilassen

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienstherr bzw. Arbeitgeber | seit (Eintrittsdatum)

Versorgungsempfänger/in ◯ Nein ◯ Ja | seit

Beamter/in auf Widerruf ◯ Nein ◯ Ja | vom - bis -

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte beachten: Sofern Sie Pflegeaufwendungen nach § 32 ff. NBhVO geltend machen wollen, bitte den Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe verwenden.

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 20.000 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. 6 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
		ja nein	ja nein
		ja nein	ja nein

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 **Beleg-Nr.:** _____

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

7. ☐ Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen **Beleg-Nr.:** _____

8. 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]	Teilkostenerstattung	pflichtversichert	rentnerpflichtversichert (KVdR)	freiwillig versichert	familienversichert
		ambulant	stationär	Zahnbeh./ Zahnersatz							
Antragsteller/in		%	%	%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in		%	%	%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. Kind		%	%	%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kind		%	%	%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kind		%	%	%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kind		%	%	%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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.

9. 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 ja nein **Wenn ja**, von _____ bis _____

10. Allgemeine Angaben

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Vorname des/r Ehegatten/in / eingetragenen Lebenspartner/in	Geburtsdatum
Familienstand Antragsteller/in ○ ledig ○ verheiratet ○ eingetragene Lebenspartnerschaft **seit**	
○ verwitwet **seit**	○ rechtskräftig geschieden **seit**

11. Im Familien- bzw. Ortszuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Vorname (ggf. anderer Familienname)	Geburtsdatum	**Ich** beziehe den Familien- bzw. Ortszuschlag *(Bei Änderungen bitte Nachweise beifügen.)*	
Kind 1		○ Ja	○ Nein
Kind 2		○ Ja	○ Nein
Kind 3		○ Ja	○ Nein
Kind 4		○ Ja	○ 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

12. 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: ○ ja, als Beamter/Beamtin ○ ja, als Tarifbeschäftigte(r) ○ nein		
Ist die Kindesmutter/der Kindesvater eines der o.g. Kinder ebenfalls im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt? ○ ja, als Beamter/Beamtin ○ ja, als Tarifbeschäftigte(r) ○ 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.

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.

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. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Rechnungs- bzw. Kaufdatum und dem Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle NVK nicht mehr als **1 Jahr** liegt.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 beigefügt. 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.

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** ☐ **Vollmacht liegt vor** ☐ **Vollmacht ist beigefügt**
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	

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.