

ANTRAG AUF BEIHILFE FÜR AUFWENDUNGEN NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER, APOTHEKENPFLICHTIGER ARZNEIMITTEL NACH §46 ABS. 3 NBHVO FÜR DAS KALENDERJAHR _____

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer

Beihilfeberechtigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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
 - 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/eingetr. 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"/> Rentenanpassungsmittelung 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-/ Elterngeld, Krankengeld, Eingliederungshilfe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nur für Anwärter (Beamte im Vorbereitungsdienst):			
<input type="checkbox"/> Neben meinen Anwärterbezügen hatte ich im Vorkalenderjahr keine weiteren Einkünfte.			

Das Einkommen des Ehegatten/Lebenspartners 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 beigelegt.

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 der / des Beihilfeberechtigten

--	--