

Hinweis: Bitte immer ausfüllen!

Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/ Dienstbezeichnung des/ der Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
Telefon	Telefax	E- Mail

Antrag auf Beihilfe

Norddeutsche Kirchliche Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchenbeamte (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563
30045 Hannover

Zur schnelleren Bearbeitung geben Sie bitte an

- a) Anzahl der Belege
- b) Gesamtrechnungsbetrag ca. Euro

Hinweis:

Bitte fügen Sie immer das Beihilfe-Stamblatt bei

- a) beim Erstantrag
b) bei Änderungen der persönlichen Angaben
(Anschrift, Bankverbindung, Familienstand, Angaben zu Ehegatten/ eingetr. Lebenspartnern und Kindern, Krankenversicherung)

1. Zahlungsweg (Bitte immer ausfüllen!)

Die Beihilfe **dieses** Antrages ist zu überweisen auf **mein Gehaltskonto** **das im Beihilfe-Stamblatt angegebene Beihilfekonto**
die einmalig abweichende Bankverbindung (bitte hier eintragen):

Kontoinhaber:	IBAN	BIC
---------------	------	-----

2. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (Bitte immer ausfüllen!)

– Erhalten Sie oder eine andere berücksichtigungsfähige Person einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag ja nein

Name	Vorname	Höhe des Zuschusses €	seit	Nachweis ist <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> liegt vor
Name	Vorname	Höhe des Zuschusses €	seit	

3. Angaben zu den Einkünften des/r Ehegatten/ Ehegattin/ des/r eingetrag. Lebenspartners/Lebenspartnerin (Gesamtbetrag der Einkünfte lt. Steuerbescheid (§ 2 Abs. 3 EStG))

Hinweis: Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für die/den Ehegattin/ Ehegatten/ die/ den Lebenspartnerin/ Lebenspartner geltend gemacht werden!

- Hatte Ihr/e Ehegatte/in/ Lebenspartner/in im **vorletzten** Kalenderjahr Einkünfte von über 18.000 Euro? nein ja
- Wird Ihr/e Ehegatte/in/ Lebenspartner/in im **laufenden** Kalenderjahr Einkünfte von über 18.000 Euro erzielen? nein ja

Bitte folgende wichtige Hinweise unbedingt beachten:

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungssteller gefertigten **Zweitschriften** sind ausreichend. **Rezepte für Arzneimittel werden nicht zurückgeschickt.**
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Rechnungs- bzw. Kaufdatum und dem Antragseingang nicht mehr als **ein Jahr** liegt.
- Rehabilitationsmaßnahmen, kieferorthopädische Behandlungen, sowie ambulante psychotherapeutische Maßnahmen müssen **vor** Behandlungsbeginn anerkannt werden.
- Werden zu den Krankenversicherungsbeiträgen für private Krankenversicherungen Zuschüsse von min. 41,-- € gewährt, verringert sich der Beihilfebemessungssatz um 20 v.H.
- Bei erstmaliger Beantragung von **pflegebedingten Aufwendungen** ist die Leistungszusage der Pflegekasse vorzulegen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Beihilfezwecken gespeichert werden. Ich versichere, dass alle Angaben im Antrag und im eventuell beigefügten Stamblatt richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die **Beihilfegewährung sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder** Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie weitere Kostenerstattungen oder außervertragliche Leistungen sofort schriftlich anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht gewährt.

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

(Bitte beachten Sie ggf. die Fragen der Seite 2)

4. Stationäre Pflege

Name der pflegebedürftigen Person: _____

- Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den Aufwendungen der stationären Pflege.
- Hiermit beantrage ich die Zahlung eines Abschlags für die nächsten **sechs** Monate ab dem **01.**____.____

Hinweis: Bitte reichen Sie nach Ablauf des Abschlagszeitraums einen Beihilfeantrag mit den Rechnungen der Pflegeeinrichtung ein!

5. Ambulante Pflege/ Pflegegeld/ ambulant betreute Wohngruppen

Name der pflegebedürftigen Person: _____

- Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den Aufwendungen der ambulanten Pflege/ eines Pflegegeldes/ für ambulant betreute Wohngruppen.
- Hiermit versichere ich, dass die Pflege im **zurückliegenden** Zeitraum vom _____ bis _____ durchgeführt wurde.
- Hiermit versichere ich, dass mir die Pflegeversicherung/ -kasse im **zurückliegenden** Zeitraum vom _____ bis _____ Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen erstattet hat.
- Es gab keine Unterbrechungen während des o.g. Zeitraums.
- Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus etc.) während des o.g. Zeitraums.

vom	bis	Grund
vom	bis	Grund

- Hiermit beantrage ich die Zahlung eines Abschlags auf Pflegepauschale für die nächsten **sechs** Monate ab dem **01.**____.____

Hinweis: Bitte reichen Sie nach Ablauf des Abschlagszeitraums einen Beihilfeantrag ein!

6. Unfall-/ Verletzungsbedingte Aufwendungen (Hinweis: Bitte nur die entsprechenden Belege nummerieren!)

- Die geltend gemachten unfall-/ verletzungsbedingten Aufwendungen (Beleg-Nr. _____) sind entstanden durch einen
- Dienst-/ Arbeitsunfall Schul-/ Kindergartenunfall Unfall im privaten Bereich ein anderes schädigendes Ereignis
- Die Unfallschilderung liegt vor ist beigefügt (Datum des Vorfalls ____ . ____ . _____)

Unfallschilderung (ggf. gesondertes Blatt beifügen)

Besteht für die unfall-/ verletzungsbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge)? nein ja

Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? nein ja

Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden, wenn die Ersatzansprüche auf den Dienstherrn übergehen!

Ich trete den Schadenersatzanspruch insoweit an meinen Dienstherrn ab. nein ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/ Kostenträgers

7. Besonderheiten (Behandlung durch nahe Angehörige/ Leistungen nach dem BVG/ Leistungsausschluss)

- Die Behandlung erfolgte durch einen **nahen Angehörigen** (Ehegatte/ Ehegattin/ eingetr. Lebenspartner/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person). (Beleg-Nr. _____)
- Es wurden oder werden Leistungen nach dem **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen. (Beleg-Nr. _____)
- Aufwendungen, für die Leistungen aus der **privaten Krankenversicherung ausgeschlossen** sind. (Beleg-Nr. _____)