

Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/ Dienstbezeichnung der/ des Beihilfberechtigten	Geburtsdatum
----------------	--	--------------

## Beihilfe - Stammblatt

Dieses Stammblatt ist vollständig ausgefüllt beizufügen:

1. Beim Erstantrag
2. Bei **jeder** Änderung der Angaben in diesem Stammblatt

### 1. Anschrift und Bankverbindung

Wohnungsanschrift (Straße, PLZ, Ort)		
Telefon	Telefax	E-Mail
Landeskirche	Kirchenkreis	Anstellungsträger
Bitte überweisen Sie die Beihilfe <b>regelmäßig</b> auf <input type="checkbox"/> <b>mein Gehaltskonto</b> <input type="checkbox"/> <b>folgendes Beihilfekonto</b>		
Kontoinhaber/ Kontoinhaber	IBAN	BIC

### 2. Beschäftigungsverhältnis

beschäftigt seit	bei Teilzeitbeschäftigung	
	beschäftigt mit	von <span style="margin-left: 100px;">Wochenstunden/ Monatsstunden</span>
Beschäftigungsunterbrechung im letzten und laufenden Jahr		vom <span style="margin-left: 100px;">bis</span>
Grund: <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund		
Versorgungsempfängerin/ Versorgungsempfänger		<input type="checkbox"/> ja, seit

### 3. Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden	

### 4. Ehegattin, Ehegatte, eingetragene Lebenspartnerin, eingetragener Lebenspartner und Kinder

#### a) Ehegattin/ Ehegatte/ eingetragene Lebenspartnerin/ eingetragener Lebenspartner

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

#### b) Berücksichtigungsfähige Kinder

Name	Vorname	Geburtsdatum	im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig vom - bis
1. Kind			
2. Kind			
3. Kind			

Bei weiteren Kindern bitte weiteres Stammblatt verwenden

### 5. Weitere Ansprüche (auch die der Ehegattin/ des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin/ des eingetragenen Lebenspartners, der Kindesmutter/ des Kindesvaters der Kinder

Meine Ehegattin/ mein Ehegatte/ meine eingetragene Lebenspartnerin/ mein eingetragener Lebenspartner ist im kirchlichen oder öffentlichen Dienst beschäftigt		
<input type="checkbox"/> ja, als Beamtin/ Beamter	<input type="checkbox"/> ja, als Angestellte/ Angestellter	<input type="checkbox"/> nein
(ggf. Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle)		

Die Kindesmutter/ der Kindesvater eines der unter Nr. 4b) genannten Kinder ist im kirchlichen oder öffentlichen Dienst beschäftigt		
<input type="checkbox"/> ja, als Beamtin/ Beamter	<input type="checkbox"/> ja, als Angestellte/ Angestellter	<input type="checkbox"/> nein
(ggf. Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle)		

Neben meinem hier geltend gemachten Beihilfeanspruch bestehen weitere Beihilfeansprüche, Ansprüche auf Heilfürsorge oder Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) für			
Name, Vorname	Art des Anspruchs	Zahlende Stelle	seit
Name, Vorname	Art des Anspruchs	Zahlende Stelle	seit

## 6. Krankenversicherung

### a) Private Krankenversicherung

Personen	Normal-tarif	Standard-/Basistarif	Prozentsatz des Normal- oder Standard-/ Basistarifs				Festkosten-tarif	seit	Nachweis	
			ambulant %	stationär %	Zahnkosten %	Pflege %			liegt bereits vor	liegt anbei
Berechtigte/ Berechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegattin/ Ehegatte/ eingetr. Lebenspartnerin/ eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### b) Gesetzliche Krankenversicherung (Gesetzliche Krankenkasse, Ersatzkasse, Knappschaft) und sonst. Versicherungsschutz

Personen	pflicht-versichert	freiwillig versichert	Heilfür-sorge	BVG	seit	nicht versichert
Berechtigte/ Berechtigter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ehegattin/ Ehegatte/ eingetr. Lebenspartnerin/ eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 7. Weitere Einkommen (auch der Ehegattin/ des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin/ des eingetragenen Lebenspartners und der Kinder)

Neben meinen Dienst-/ Versorgungsbezügen werden folgende weitere Einkünfte erzielt (Art der Rente, zweiter Versorgungsbezug, Dienstbezug Gehalt.)					Nachweis	
Name, Vorname	Einkommensart	Zahlende Stelle	seit		liegt bereits vor	liegt anbei
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es wurde eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung <b>beantragt</b> für		
Name, Vorname	Antragsdatum	Der Antrag <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden
Name, Vorname	Antragsdatum	Der Antrag <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden
Name, Vorname	Antragsdatum	Der Antrag <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden

## 8. Erklärung

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Bearbeitungsvermerk der NKVK: 1. Stammdaten geprüft 2. Beihilfefall aktualisiert  Datum u. Kürzel
---