

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

Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563
30045 Hannover

**Antrag auf Beihilfe für Aufwendungen
nicht verschreibungspflichtiger
Arzneimittel (§ 46 Abs. 3 NBhVO)**

Hiermit beantrage ich Beihilfe für Aufwendungen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel § 46 Abs.3 NBhVO

für das Kalenderjahr

- Den Grenzbetrag von 2 v. H. habe bzw. werde ich erreichen.
- Den Grenzbetrag von 1 v. H. werde ich erreichen bzw. ist bereits überschritten und mindestens eine der nachstehend genannten Personen ist schwerwiegend chronisch krank und es liegt
- Pflegebedürftigkeit der Grade 3, 4 oder 5 oder
 - ein Grad der Behinderung von mindestens 60 v. H. oder
 - eine kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Gesundheitsstörung zu erwarten ist, vor.

Entsprechende Nachweise habe ich beigelegt bereits vorgelegt.

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r	<input type="checkbox"/> Ehegatte/ eingetr. Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Kind (Vorname)	<input type="checkbox"/> Kind (Vorname)
--	---	---	---

Ich/Wir verfüge/n über folgende zur Ermittlung der Belastungsgrenze heranziehbare Einkommen (entsprechende Nachweise über das Brutto-Vorjahreseinkommen habe ich beigelegt):

	Antragsteller/in		Ehegatte/ eingetr. Lebenspartner	
	ja	nein	ja	nein
Dienst- und Versorgungsbezüge (Bezüge/Versorgungsabrechnung vom Dezember des Vorjahres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es muss ein eigener Antrag gestellt werden	
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV, Knappschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z.B. VBL-Rente, Betriebsrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen des Ehegatten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für Ehepaare mit Kind/ern Wir werden nach §§ 26 und 26b EStG zusammen veranlagt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für Vikare/Anwärter

- Neben meinen Anwärterbezügen habe ich kein weiteres Einkommen i. S. des § 34 Absatz 4 NBhVO

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------



