

Achtung: Belege werden nicht mehr zurückgesandt!

Hinweis: Bitte immer ausfüllen!

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

Antrag auf Beihilfe

Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563
30045 Hannover

Zur schnelleren Bearbeitung geben Sie bitte an

- a) **Krankheitsbedingte** Aufwendungen Die Aufwendungen sind getrennt geltend zu machen
- b) **Pflegebedingte** Aufwendungen
- c) Anzahl der Belege
- d) Gesamtrechnungsbetrag ca. Euro

1. Zahlungsweg (Bitte immer ausfüllen!)

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

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

2. 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 20.000 Euro? nein ja
- Wird Ihr/e Ehegatte/in/ Lebenspartner/in im **laufenden** Kalenderjahr Einkünfte von über 20.000 Euro erzielen? nein ja

3. 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 beigelegt (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?
Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden, wenn die Ersatzansprüche auf den Dienstherrn übergehen! nein ja

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

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen/ Kostenträgers

--

Bitte unterschreiben Sie den Antrag auf Beihilfe auf Seite 2

Achtung: Belege werden nicht mehr zurückgesandt!

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.
- Die Pflegeversicherung/ -kasse hat im **zurückliegenden** Zeitraum vom _____ bis _____ das Pflegegeld mangels nachgewiesener Sicherstellung der Pflegesituation gekürzt/ eingestellt.
- 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. 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. _____)

Bitte folgende wichtige Hinweise unbedingt beachten:

- Bitte fügen Sie immer das **Beihilfe-Stamtblatt** beim **Erstantrag** sowie bei **allen Änderungen der persönlichen Angaben** (Anschrift, Bankverbindung, Familienstand, Angaben zu Ehegatten und Kindern, Krankenversicherung)
- 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.
- 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 Stamtblatt 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

Bei Vertretung: Datum, Unterschrift der Vertreterin/ des Vertreters

- Vollmacht liegt vor Vollmacht ist beigefügt