

Antrag auf Beihilfe

- Erstantrag** (Bitte alle Fragen genau beantworten und Zutreffendes ankreuzen)
 Wiederholungsantrag (Es sind nur die ergänzenden Eintragungen vorzunehmen, wenn sich gegenüber den bisherigen Angaben etwas ändert)

Eingangsstempel

An die
Deutsche Rentenversicherung Nord
Beihilfestelle
22037 Hamburg

Antragsteller/in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer
---------------	--------------	----------------

1. Bitte ausfüllen als aktive/r Beamtin/Beamter

Abteilung/Dezernat		Besoldungsgruppe	Telefon dienstlich
Privatanschrift			Telefon privat
<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> Anwärterin/Anwärter <input type="checkbox"/> Altersteilzeit seit:	<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt seit: Anz. der Wochenstd.:	Ohne Bezüge beurlaubt von: bis:	Beurlaubungsgrund: <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Grund <input type="checkbox"/> Sonderurlaub Arbeitsverhältnis befristet: von: bis:

1a Bitte ausfüllen als Versorgungsempfängerin/als Versorgungsempfänger

Anschrift	Besoldungsgruppe	Telefon
Bevollmächtigte/r		<input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bereits vor.
Anschrift	Telefon	
Erhalten Sie neben den Versorgungsbezügen der DRV Nord noch weitere Versorgungsbezüge von anderer Seite? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____, seit: _____		
Eintritt in den Ruhestand am _____ Besoldungsgruppe bei Eintritt in den Ruhestand: _____		

2. Familienstand

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner sind nur erforderlich, wenn für diesen Aufwendungen geltend gemacht werden.

<input type="checkbox"/> ledig	Verheiratet seit/ Lebenspartnerschaft seit:	Geschieden oder verwitwet seit/Lebenspartnerschaft beendet ab:	Name(n)/des Ehegatten bzw. des Lebenspartners	Geburtsdatum
--------------------------------	--	---	--	--------------

3. Im Familienzuschlag/Ortszuschlag/Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Folgende Kinder werden/wurden während der letzten 12 Monate bei mir im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag (FZ/OZ/SZ) berücksichtigt.

Vorname (ggf. Familienname)	Geburtsdatum	Im FZ/OZ/SZ von – bis	Kann eine andere Person Beihilfen für das Kind beantragen?
1.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name _____
2.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name _____
3.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name _____
4.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name _____
5.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name _____

3a Während der Elternzeit: Werden Ihre Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigt?

nein ja

Name	Bei wem?
Name	Bei wem?

3b Bei zwei oder mehr Kindern beträgt der Beihilfebemessungssatz 70 %. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, kann nur einer Person der erhöhte Bemessungssatz gezahlt werden.

Der **Bemessungssatz** in Höhe von **70 %** wird beansprucht von:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Dienststelle	Unterschrift
---------------	--------------	--------------	--------------

Der **Bemessungssatz** in Höhe von **50 %** wird beansprucht von:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Dienststelle	Unterschrift
---------------	--------------	--------------	--------------

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

	Private Krankenversicherung					Gesetzliche Krankenversicherung oder Ersatzkasse			Nicht versichert
	• Bei erstmaliger Antragstellung bitte Nachweis beifügen					Pflicht- ver- sichert	Freiwillig versichert 2)	familienversichert beim	
	Prozenttarife			Festkostentarif	Zusatz- oder sonstiger Tarif 1)				
A= Ambulant Prozenttarif	St= Stationär Prozenttarif	Z= Zahnkosten Prozenttarif							
Antragsteller/in (A)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
Ehegatte (E)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>
1. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
2. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
3. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
4. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>
5. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>

1) Hierunter fallen Pflegekostenversicherungen, Auslands-(Reise)versicherungen, Schadenversicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten oder Wahlleistungen im Krankenhaus, nicht aber Tagegeldversicherungen.
 2) Bei freiwillig in der gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse versicherten Personen sind **Kostenerstattungen** auf den Belegen nachzuweisen.

5. Haben Sie eine weitere eigene Beihilfeberechtigung?

nein ja

Hat Ihr Ehegatte oder haben Ihre Kinder eine eigene Beihilfeberechtigung?

nein ja

(z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten, oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)

Name	Als was?
Gegenüber wem?	Seit wann?

6. Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente?

Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Witwen(-r)rente	<input type="checkbox"/> Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> sonstige (Welche?)
Ehegatte	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Witwen(-r)rente	<input type="checkbox"/> Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> sonstige (Welche?)
Kinder	<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> Waisenrente	<input type="checkbox"/> Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> sonstige (Welche?)
Wurde eine Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Von wem?			Wann?	Antrag abgelehnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

7. Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja

Welche Person?	Bei wem? (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden?)
----------------	--

8. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein ja

Übersteigen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im Vorvorkalenderjahr den Betrag von 20.000 EUR*? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, werden im laufenden Kalenderjahr noch Einkünfte über 20.000 EUR erzielt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

* Nachweis wird ggf. gefordert

9. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, es handelt sich um:

<input type="checkbox"/> einen Dienstunfall	<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> einen Schulunfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis
(Bitte immer Unfallschilderung auf gesondertem Blatt beifügen.)			
Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?		Beleg-Nr.:	
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja			
Name und Aktenzeichen des Kostenträgers oder Ersatzpflichtigen			
Anschrift			

10. Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

nein ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg.Nr.)?	Betrag	 Nachweis – Versicherungsschein über Ausschluss usw. bitte beifügen, soweit nicht vorliegend
---	--------	---

11. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger zusätzlich zum Beihilfeanspruch einen Anspruch auf freie Heilfürsorge, Kriegsofferfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung?

nein ja

(z. B. nach Beamten- oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen) – Wenn ja, bitte Nachweis beifügen

12. Auszahlung der Beihilfe (nur für Versorgungsempfänger erforderlich)

Konto-Nr.:		
BLZ:		
Geldinstitut mit Ortsangabe		
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)
Name des Kontoinhabers (falls abweichend von der/dem Antragsteller/in)		
Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	Betrag	am

13. Wichtiger Hinweis:

Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf erbringen auch Mitarbeiter/innen des Bereiches Beihilfe ihre Arbeitsleistungen teilweise zu Hause und teilweise in der Dienststelle (Dienstvereinbarung über die Einrichtung von Tele- und Heimarbeitsplätzen).

Was bedeutet das für Sie?

Auch Ihr Beihilfeantrag kann an einem häuslichen Arbeitsplatz einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters bearbeitet werden, wenn Sie dem zustimmen.

Stimmen Sie einer Bearbeitung in Tele-/Heimarbeit nicht zu, wird Ihr Antrag ausschließlich innerhalb der Dienststelle bearbeitet. Sie haben mit jedem neuen Antrag die Möglichkeit der Bearbeitung in Tele-/Heimarbeit zuzustimmen, indem Sie das entsprechende Antragsfeld ankreuzen. Ihre Zustimmung gilt also stets nur für den jeweiligen Beihilfeantrag.

Datenschutzrechtliche Belange werden auch bei der Bearbeitung in Tele-/Heimarbeit strengstens gewahrt; siehe u.a. Ziff. 14 (Datenschutz), Ziff. 15 (Aktentransport), Ziff. 16 (Aufbewahrung vertraulicher Unterlagen) der DV Tele-/Heimarbeit.

Erklärung

Ich willige in die Bearbeitung meines Antrages im Rahmen von Tele-/Heimarbeit ein.

14. Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift

