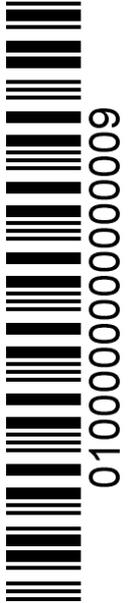


# Antrag auf Beihilfe

Name, Vorname	
Personalnummer	Geburtsdatum



**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle  
Postfach 1570  
26585 Aurich**

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.**

**Füllen Sie diesen Vordruck möglichst in Druckbuchstaben aus und denken Sie daran, den Antrag auf der Rückseite zu unterschreiben.**

Es wird erstmalig Beihilfe beantragt (Bitte Ergänzungsblatt -Vordr. S 002 A- beifügen!).

**Hinweis:  
Ihre Belege werden bei elektronisch verarbeiteten Beihilfeanträgen (eBeihilfe) nicht zurückgesandt.**

<b>1. Nur auszufüllen, wenn vor dem 01.01.2019 entstandene Aufwendungen oder Aufwendungen für freiwillig gesetzlich versicherte Personen geltend gemacht werden!</b>					
Erhalten Sie oder eine andere Person, für die Sie Aufwendungen geltend machen, monatlich <b>einen Zuschuss</b> oder <b>mehrere Zuschüsse</b> zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. von einem Rentenversicherungsträger oder von einem Arbeitgeber)?				<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
Name	Vorname	<b>Betrag je Zuschuss ist immer anzugeben</b>	Aktueller Nachweis liegt vor	Aktueller Nachweis ist beigefügt	
		Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. den Ehegatten/eingetr. Lebenspartner geltend gemacht werden</b> (Nachweise werden ggf. gesondert von der Beihilfestelle angefordert!)					
a) Hatte Ihre Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. Ihr Ehegatte/eingetr. Lebenspartner im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr vor der Antragstellung Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte gem. § 2 Abs. 3 EStG oder vergleichbare ausländische Einkünfte) von über 18.000 EUR? <i>Falls ja</i>				<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
b) Werden im <b>laufenden</b> Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Besonderheiten einzelner Belege</b> (Bitte nummerieren Sie <b>nur</b> die entsprechenden Belege!)					
a) <input type="checkbox"/> Folgende Aufwendungen sind <b>unfall-/verletzungsbedingt</b>		Tag des Unfalls:	Beleg-Nr.:		
Es handelt(e) sich um einen		<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> Schulunfall	
Drittverschulden liegt vor		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> noch nicht geklärt	
Die Unfallschilderung		<input type="checkbox"/> liegt vor.	<input type="checkbox"/> ist beigefügt.		
Nur bei Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle					
Es bestehen Kostenübernahmeansprüche gegenüber folgenden anderen Kostenträgern:					
b) <input type="checkbox"/> Es <b>wurden</b> oder <b>werden</b> die Leistungen nach dem <b>Bundesversorgungsgesetz (BVG)</b> in Anspruch genommen.				Beleg-Nr.:	
c) <input type="checkbox"/> Es <b>wurden</b> oder <b>werden</b> die Leistungen einer <b>Auslandskranken- bzw. Rücktransportversicherung</b> in Anspruch genommen.				Beleg-Nr.:	
d) <input type="checkbox"/> Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatten, eingetr. Lebenspartner/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person).				Beleg-Nr.:	
e) <input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen.				Beleg-Nr.:	

