

# Antrag auf Zahlung einer Beihilfe für die Stadt Hagen

Antragsteller/in Name, Vorname

Personalnummer/Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

Stadt Dortmund  
 Personal- u. Organisationsamt  
 11/4-2 (Beihilfestelle)  
 44122 Dortmund

E-Mailadresse privat (*freiwillige Angabe*)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (*freiwillige Angabe*)

Zutreffendes bitte  ankreuzen oder ausfüllen  
 (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht hand-  
 schriftlich)

**Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften**

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Bitte verwenden Sie diesen Antrag, wenn es sich um einen Erstantrag handelt oder sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag Änderungen ergeben haben. Ansonsten ist der Kurzantrag ausreichend.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO NRW).

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag  
 der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege  
 (s. Anmerkung 3)

, - €

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend machen wollen, stellen Sie bitte für diese Aufwendungen einen **gesonderten Antrag** und fügen die ausgefüllte **Anlage „Pflege“** bei.

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht

Nein

Ja (Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen.)

**Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?**

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

| IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte |  |  |  |  |  |  | BIC |
|--|--|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  |  |  |     |

**Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert?**

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Bei wiederholter Antragstellung:**

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber dem letzten Beihilfeantrag ergeben?

- Ja **Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen**  
 Nein **Bitte weiter bei Nummer 7**

**1 Angaben zum Beschäftigungsumfang**

|  |   |
|--|---|
| <p>Vollbeschäftigung:<br/> <input type="checkbox"/> Ja <u>Nur Tarifbeschäftigte:</u><br/>                 Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999<br/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> | <p>Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:<br/> <input type="checkbox"/> Nein<br/> <input type="checkbox"/> Ja vom _____ bis _____<br/>                 Grund:</p> |
|--|---|

Nein Zahl der Wochenstunden: \_\_\_\_\_ bei Änderung bitte ausfüllen: seit: \_\_\_\_\_ volle Stundenzahl: \_\_\_\_\_

**2 Angaben zu Angehörigen**

| Name, Vorname  | Geburtsdatum<br>TT.MM.JJJJ | Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (s. Anmerkung 5) steht zu:<br>mir _____ anderem Elternteil _____ | seit<br>TT.MM.JJJJ | Angehörige/r hat einen eigenen Beihilfeanspruch                                 | seit<br>TT.MM.JJJJ |
|--|----------------------------|---|--------------------|---|--------------------|
| Ehegatte/Ehegattin/<br>eingetragene/r Lebenspartner/in (E) |                            |   |                    | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja<br>Beihilfestelle: |                    |
| Kind 1 (K 1)   |                            | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____   |                    | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                    |                    |
| Kind 2 (K 2)   |                            | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____   |                    | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                    |                    |
| Kind 3 (K 3)   |                            | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____   |                    | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                    |                    |
| Kind 4 (K 4)   |                            | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____   |                    | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                    |                    |
| Kind 5 (K 5)   |                            | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____   |                    | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                    |                    |

**3 Krankenversicherungsschutz / Anspruch auf freie Heilfürsorge**

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder –bescheinigung beifügen.

| Versicherte Person   | Private Krankenversicherung |                          |                           | Gesetzliche Krankenversicherung |                          |                          |   |                          | freie Heilfürsorge       |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|                      | Normaltarif                 | Basistarif               | zusätzliche Auslandsvers. | Kostenerst.                     | freiwillig               | pflicht-                 | familienversichert über                               | als Rentner seit         |                          |
| Antragsteller/in (A) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E                    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K 1                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K 2                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K 3                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K 4                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K 5                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt  
TT.MM.JJJJ

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag**

Steht Ihnen oder einem/einer berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag) zu?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

| Name, Vorname | KV-beitrag im Antragsmonat | Zuschuss im Antragsmonat | Nachweis liegt bei       | Nachweis liegt vor       |
|---------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____         | €                          | €                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____         | €                          | €                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch**

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

| Name, Vorname | TT.MM.JJJJ |
|---------------|------------|
| _____         | am: _____  |
| _____         | am: _____  |

**6 Angaben zu den Einkünften des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin**

**6.1 Für Aufwendungen, die nach dem 31.12.21 entstanden sind:**

Hat die Summe der Einkünfte nach § 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 Euro überstiegen?  Ja  Nein  Noch nicht absehbar

s. Anmerkung 6.1

-----  
 Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?  Ja  Nein  Noch nicht absehbar

**6.2 Für Aufwendungen, die bis zum 31.12.21 entstanden sind:**

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  Ja  Nein  Noch nicht absehbar

s. Anmerkung 6.2

-----  
 Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?  Ja  Nein  Noch nicht absehbar

**7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften**

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

| Name, Vorname | Art des Anspruchs | Nachweis liegt bei       | Nachweis liegt vor       |
|---------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____         | _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____         | _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Nein  Ja (Bitte Belege mit **U** kennzeichnen.)

Es handelt sich um einen  Dienstunfall  Unfall im Kindergarten  
 Arbeitsunfall  Unfall in der Schule  
 Unfall im privaten Bereich  Unfall beim Studium

Die Unfallschilderung  
liegt bei  liegt bereits vor

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein  Ja (Bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

## 9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

Nein  Ja (bitte ausfüllen)

Die **Behandlung** erfolgte **durch eine/n nahen Angehörige/n**, hierzu zählen: Ehegatte/Ehegattin, eingetragene/r Lebenspartner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja (Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen.)

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen

Ja (Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen.)

## 10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO NRW wird beantragt

Ja

### Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zeitschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Als jeweils ein Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 4) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.
4. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
5. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre grundsätzlich bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Bitte fügen Sie bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung einen Nachweis über den Ihnen gezahlten kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bei (z.B. Besoldungsmitteilung).

6.

6.1

Zur Summe der Einkünfte zählen neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit, der zu versteuernde Anteil von Renten sowie Kapitaleinkünfte. Bei Renten mit erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2022 ist die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a EStG und dem Bruttobetrag hinzuzurechnen. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben (vgl. § 2 Abs. 5a EStG), sowie ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d EStG sind der Summe der Einkünfte hinzuzurechnen.

Mit Wirkung erstmals für das Kalenderjahr 2023 erhöht sich die maßgebliche Einkommensgrenze jährlich im gleichen Verhältnis wie der Rentenwert West im vorausgegangenen Kalenderjahr.

6.2

Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, sind dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).