

Niedersächsisches Landesamt für Bezüge und Versorgung  
Postfach 1570, 26585 Aurich

**Vertrauliche Personalsache**

## **Die Beihilfe wird digital - Pilotphase der elektronischen Beihilfebearbeitung (kurz „eBeihilfe“)**

Guten Tag ,

im Rahmen des Digitalisierungsprozesses des Niedersächsischen Landesamtes für Bezüge und Versorgung wird nunmehr der erste Schritt – die eBeihilfe-Pilotphase – umgesetzt. Das bedeutet, dass Ihre Beihilfeanträge künftig elektronisch verarbeitet werden. Die Pilotphase der eBeihilfe beginnt ab dem 08.11.2021.

### **Was ändert sich für Sie bei der Antragstellung?**

Für Sie selbst ändert sich in der eBeihilfe-Pilotphase zunächst nicht viel. Ihren Beihilfeantrag senden Sie wie bisher postalisch oder als Dienstpost an das NLBV. Dieser wird im Rahmen der Pilotphase eingescannt und elektronisch der zuständigen Sachbearbeitung zugeordnet. Dort kann ohne längere Vorlaufzeiten der elektronische Datensatz, zu dem Ihr Antrag nun geworden ist, bearbeitet werden. Sie haben also in der Beihilfefestsetzungsstelle nach wie vor Ihre feste Ansprechpartnerin oder Ihren festen Ansprechpartner vor Ort, die oder der Ihnen Ihren Beihilfebescheid auf dem Postweg oder per Dienstpost übersendet und Ihnen für Fragen zur Verfügung steht.

**Neu ist**, dass die von Ihnen eingereichten Papierbelege (Zweitschriften) künftig nicht mehr an Sie zurückgegeben werden. Diese werden im NLBV auch nicht über einen längeren Zeitraum aufbewahrt, sondern im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vernichtet.

**Daher empfehlen wir Ihnen, uns künftig als Belege nur Zweitschriften einzureichen und die Belege in Ihrem eigenen Interesse zwecks Begleichung der Rechnung, Rückfragen etc. vor der Antragstellung für Ihre Unterlagen zu kopieren.**

Um die elektronische Erfassung und Zuordnung Ihres gescannten Beihilfeantrages zu ermöglichen, erhalten Sie mit dieser Information einen Beihilfeantrag mit einem Barcode. Dieser Barcode enthält kodierte personenbezogene Informationen, die der internen elektronischen Antragszuordnung dienen.

**Bitte verwenden Sie daher in Zukunft ausschließlich diesen beigefügten Beihilfeantrag** für die Beantragung von Beihilfen - auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen von Heilfürsorgeberechtigten. Mit diesem neuen Beihilfeantrag erleichtern Sie uns die automatische Zuordnung zu Ihrer Sachbearbeiterin bzw. Ihrem Sachbearbeiter und beschleunigen somit die Bearbeitung Ihres Antrags. Natürlich liegt aber auch weiterhin ein neuer Beihilfeantrag mit jedem Beihilfebescheid bei bzw. wird Ihnen wie gewohnt ein entsprechendes Antragsformular auf Anforderung übersandt.

**In diesem Zusammenhang bitten wir Sie zudem, Ihre Belege nicht zu heften oder mit Tackernadeln zu verbinden, da dies den Scanprozess erschwert.**

Dienstgebäude  
Schlossplatz 3  
Aurich

Paketanschrift  
Schlossplatz 3  
26603 Aurich

Telefon  
(04941) 13 - 0  
**Telefax**  
(04941) 13 - 2100

E-Mail  
PoststelleNLBVAurich  
@nlbv.niedersachsen.de  
**Internet**  
www.nlbv.niedersachsen.de

Überweisung an NLBV  
NOLA DE 2H / IBAN DE22250500000106021280

Das neue Beihilfeantragsformular gilt nicht für die Beantragung der Heilfürsorge der Beamtinnen und Beamten im Polizeivollzugs- und im Feuerwehrdienst. Ferner können im Rahmen der eBeihilfe-Pilotphase auch keine Anträge auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens (Dienstunfallaufwendungen) erfolgen. Dienstunfallkosten sind somit bitte weiterhin mit dem Antrag für Dienstunfälle geltend zu machen.

Ihre Beihilfestelle aus Aurich

# Antrag auf Beihilfe

**Überschrift**

Name, Vorname

Personalnummer:

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.

Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle  
Postfach 1570  
26585 Aurich

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

Besuchen Sie die Seite des NLBV im Internet unter [www.nlbv.niedersachsen.de](http://www.nlbv.niedersachsen.de). Hier finden Sie u.a. Antragsformulare, Merkblätter und aktuelle Informationen zur Beihilfe.

<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/ingetr. Lebenspartnerin bzw. den Ehegatten/ingetr. Lebenspartner geltend gemacht werden</b> (Nachweise werden ggf. gesondert von der Beihilfestelle angefordert!)					
<b>a)</b> Hatte Ihre Ehegattin/ingetr. Lebenspartnerin bzw. Ihr Ehegatte/ingetr. 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>b)</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!)					
<b>a)</b> <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>b)</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.:		
<b>c)</b> <input type="checkbox"/> Es <b>wurden</b> oder <b>werden</b> die Leistungen einer <b>Auslandskranken-</b> bzw. <b>Rücktransportversicherung</b> in Anspruch genommen.			Beleg-Nr.:		
<b>d)</b> <input type="checkbox"/> Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatten, eingetr. Lebenspartner/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person).			Beleg-Nr.:		
<b>e)</b> <input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen.			Beleg-Nr.:		

#### 4. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege

##### a) Pflegegeld

Hiermit versichere ich, dass die Pflege vom  bis  durchgeführt worden ist.  
im **zurückliegenden** Zeitraum

Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des o. g. Zeitraumes.

vom	bis	Grund
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als **Abschlag für die nächsten 6 Monate** ab dem       gezahlt wird.  
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

##### b) Vollstationäre Pflege

Hiermit beantrage ich eine **Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate** ab dem       gezahlt wird.  
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

**Hinweis bei Abschlagszahlungen: Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein!**

#### 5. Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten!)

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungsaussteller gefertigten **Zweitschriften** der Belege sind ausreichend.
- Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in, Kinder).
- Rezepte für **rabattfähige Arzneimittel** werden nicht zurückgesandt.
- Bei **Heil- und Hilfsmitteln** ist die **vorherige schriftliche Verordnung** des Arztes beizufügen.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem **Rechnungs- bzw. Kaufdatum** und dem Antragsingang **nicht mehr als ein Jahr** liegt. Diese Ausschlussfrist ist auch dann fristwährend einzuhalten, wenn wegen der Aufwendungen ein privatrechtliches Streitverfahren anhängig ist. Hierauf ist bei der Antragstellung hinzuweisen.
- Bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 1. April 2009 ist bei den Angaben zu Einkünften (Punkt 2 des Antrages) hinsichtlich des Rentenbezugs der Bruttorentenbetrag maßgeblich.
- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen **100 EUR** übersteigen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstände.
- Wenn Sie den Antrag mit der **Deutschen Post** oder einem anderen Anbieter zusenden, **frankieren** Sie diesen Brief bitte **ausreichend**. Nicht bzw. nicht ausreichend frankierte Postsendungen werden nicht angenommen.
- Legen Sie bei Änderungen Ihrer persönlichen Angaben das Ergänzungsblatt (Vordr. S 002 A) bei.

Ich versichere die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich **nachträgliche Erstattungen** und **Ermäßigungen** von Dritten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

**Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch von keiner anderen Person und auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.**

#### Bei Antragstellung durch Bevollmächtigte/n oder Betreuer/in

Name  Vorname

Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung liegt vor bzw. ist beigelegt.

#### Zahlweg bei Bevollmächtigung oder Betreuung

Die Erstattung dieses Antrages ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Konto der/des Bevollmächtigten  Konto der Betreuerin/des Betreuers

Name  Vorname

Datum

Unterschrift