



Beihilfeberechtigter Antragssteller	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	Personalnummer

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Postfach 1570
26585 Aurich

Oder per E-Mail

Bitte den Antrag ausfüllen, handschriftlich
unterschreiben und als Scan oder
Fotografie per E-Mail an

**Aenderungen-Pauschale-
Beihilfe@nlbv.niedersachsen.de**

**Änderungsantrag
zur pauschalen Beihilfe nach § 80a Niedersächsisches Beamten-gesetz (NBG)**

1 Änderungen der Beitragshöhe		
Beihilfeberechtigte Person	Änderung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Änderung in Beiträgen oder Zuschüssen von Dritten	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
	Höhe, Änderungsdatum und Leistungsträger des Zuschusses	
Berücksichtigungsfähige Ehegattin/ Ehegatte/ Lebenspartner/in	Bei erstmaliger Beantragung für diese Person bitte Seite 3 ausfüllen.	
	Änderung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Änderung in Beiträgen oder Zuschüssen von Dritten	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
	Höhe, Änderungsdatum und Leistungsträger des Zuschusses	
	Änderung in den Einkünften (Nachweis ist beigefügt)	
Berücksichtigungsfähiges Kindes	Bei erstmaliger Beantragung für diese Person bitte Seite 3 ausfüllen.	
	Änderung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Änderung in Beiträgen oder Zuschüssen von Dritten	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
	Höhe, Änderungsdatum und Leistungsträger des Zuschusses	
	Sollten Sie Angaben für weitere Kinder machen wollen, fügen Sie die entsprechenden Angaben bitte im Vordruck 2202a bei	



2 Änderungen in den persönlichen Verhältnissen oder in den Versicherungsverhältnissen	
Beihilfeberechtigte Person	Änderung hinsichtlich des Beamtenverhältnisses (z.B. Beurlaubung ohne Bezüge)
	Wechsel der Krankenversicherung (Name und Beginn der Versicherung)
	Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
	Sonstige Änderung
Berücksichtigungsfähige Ehegattin/ Ehegatte/ Lebenspartner/in	Bei erstmaliger Beantragung für diese Person bitte Seite 3 ausfüllen.
	Änderung im Familienverhältnis (z.B. Heirat, Scheidung)
	Wechsel der Krankenversicherung (Name und Beginn der Versicherung)
	Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Sonstige Änderung
Berücksichtigungsfähiges Kindes	Bei erstmaliger Beantragung für diese Person bitte Seite 3 ausfüllen.
	Änderung im Familienzuschlag
	Wechsel der Krankenversicherung (Name und Beginn der Versicherung)
	Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Sonstige Änderung
	Sollten Sie Angaben für weitere Kinder machen wollen, fügen Sie die entsprechenden Angaben bitte im Vordruck 2202a bei



3 Erstmalige Beantragung der pauschalen Beihilfe für Familienangehörige		
Berücksichtigungsfähige Ehegattin/ Ehegatte/ Lebenspartner/in	Name, Vorname, Geburtsdatum	
	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie ist die Person versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhält die Person bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein
	Erhält die Person eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein
	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EstG) oder der vergleichbaren ausländischen Einkünfte der Person im zweiten Kalenderjahr vor der Antragsstellung 22.000 Euro?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Nachweis ist beigefügt.
Berücksichtigungsfähiges Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum	
	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhält das Kind bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
Sollten Sie Angaben für weitere Kinder machen wollen, so fügen Sie die entsprechenden Angaben bitte im Vordruck 2201a bei		



4 Nachweise	Folgende Unterlagen füge ich als Nachweis zu meinem Antrag auf pauschale Beihilfe bei
	<input type="checkbox"/> Nachweis über Art, Umfang und Beitragshöhe meiner Krankheitskostenvollversicherung.
	<input type="checkbox"/> Nachweis über Art, Umfang und Beitragshöhe der Krankheitskostenvollversicherung meines / meiner Ehegattin/ Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartners / Lebenspartnerin.
	<input type="checkbox"/> Nachweis über Art, Umfang und Beitragshöhe der Krankheitskostenvollversicherung meiner berücksichtigungsfähigen Kinder.
	<input type="checkbox"/> Nachweis über die Einkünfte der Ehegatten oder Lebenspartner im zweiten Kalenderjahr vor Antragstellung
<input type="checkbox"/> Nachweis über einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag von einem Arbeitgeber, einem Sozialleistungsträger, aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses.	
5 Erklärung und Unterschrift	Ich versichere, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Gewährung der pauschalen Beihilfe sind und dass ich jede Änderung in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags und / oder meiner persönlichen Verhältnisse (z.B. Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfangs, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag) sofort der Beihilfefestsetzungsstelle schriftlich anzuzeigen habe.
	Datum und Unterschrift