



0100000000000009

Name, Vorname
---------------

Personalnummer
----------------

Geburtsdatum
--------------

## Antrag auf Beihilfe

**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfe Scan Center  
Postfach 91 12 18  
30432 Hannover**

### Wichtige Hinweise:

- **Füllen Sie diesen Vordruck in Druckbuchstaben aus und denken Sie daran, den Antrag auf der Rückseite zu unterschreiben.**
- **Belege bitte nicht heften oder klammern!**
- **Ihre Belege werden nicht zurückgesandt.**
- **Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf der Rückseite.**

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

<b>1. Nur auszufüllen, wenn Sie tarifbeschäftigt sind</b>								
<input type="checkbox"/> Ich bin Tarifbeschäftigte/r [z. B. nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L)].								
<b>2. Nur auszufüllen, wenn 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)?				<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Nein</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ja</b>	<b>Nein</b>							
<input type="checkbox"/>	<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"/>				
<b>3. 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!)								
<b>Hinweis:</b> Bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 1. April 2009 ist bei den Angaben zu Einkünften hinsichtlich des Rentenbezugs der Bruttorentenbetrag maßgeblich.								
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 22.000 EUR?				<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Nein</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ja</b>	<b>Nein</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>Falls ja:</b>								
b) Werden im <b>laufenden</b> Kalenderjahr Einkünfte über 22.000 EUR erzielt?				<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>4. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen geltend gemacht werden, die unfall- oder verletzungsbedingt sind</b> (Bitte nummerieren Sie <b>nur</b> die entsprechenden Belege!)								
<b>Hinweis: Aufwendungen im Rahmen eines Dienstunfalles</b> sind zwingend mit dem Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens (Vodr. Nr. 2752a) geltend zu machen!								
Folgende Aufwendungen sind <b>unfall-/verletzungsbedingt:</b>			Tag des Unfalls:	Beleg-Nr.:				
Es handelt(e) sich um einen			<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 Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle								
Es bestehen Kostenübernahmeansprüche gegenüber folgenden anderen Kostenträgern:								

