

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle (Fachbereich, Dezernat...)

Beihilfeantrag - Vertraulich

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DORTMUND

Beihilfestelle der Hochschulen in Dortmund

Referat 9

44221 Dortmund

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat

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 Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

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

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

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden. ggf. bitte ankreuzen

Datum, Unterschrift

Anzahl der Belege
(s. Anmerkung 7)

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff BVO geltend gemacht
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

Ja

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Geldinstitut

IBAN (Bitte in 4er-Blöcken eingeben)

BIC

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

Nein

Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

Ja **Bitte Nr. 1 bis 9 vollständig ausfüllen**

Nein **Bitte weiter bei Nr. 7**

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

Vollbeschäftigung:

Ja

Nein Zahl der Wochenstunden:

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

Nein

Ja Grund: vom bis

2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)	von TT.MM. JJJJ	bis TT.MM. JJJJ
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner						
Kind 1 (K 1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K 4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 5 (K 5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3 Krankenversicherungsschutz

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

Versicherte Person	Private Krankenvers.		Gesetzliche Krankenversicherung					
	Normaltarif	Basistarif	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert über	als Rentner	seit
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/>
K 1	<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"/>
K 2	<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"/>
K 3	<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"/>
K 4	<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"/>
K 5	<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"/>

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 berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) 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 dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? (Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) s. auch Anmerkung 6

Ja Nein

noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze 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?

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

Nein

Die Unfallschilderung liegt bei liegt vor

Es 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 einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatten / eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundes-versorgungsgesetz (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 wird beantragt

Ja

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres 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. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.
3. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
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. 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 (bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag), 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 Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).
6. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	NE	- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	ÖD
- Schulausbildung =	SB	- Hochschulausbildung =	HS
- Elternzeit =	EZ	- Versorgungsempfänger/in =	VE
- Rentenbezieher/in =	RE	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	AL
- Berufstätig =	BT	- Wehrdienst / Zivildienst =	WD / ZD
7. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 4) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.

Zusammenstellung der Aufwendungen

Beigefügte Belege bitte wie folgt sortieren:

1. nach Personen
 2. chronologisch
- und anschliessend oben rechts fortlaufend numerieren.

Beleg Nr.	Empfänger der Leistung ²⁾	Rechnungsdatum	Art der Leistung ¹⁾	Rechnungsbetrag
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Summe:				0,00 €

Bitte folgende Abkürzungen benutzen:

- 1) AB = Ärztliche / heilpraktische Behandlung
 BF = Beförderungskosten
 BH = Betriebsmittel für Hilfsmittel
 BK = Bestattungskosten
 DA = dauernde Anstaltsunterbringung
 HB = Hilfsmittel Brille
 HK = Heikur

- HS = Sonstige Hilfsmittel
 KB = Kieferorthopädische Behandlung
 KH = Stationäre Krankenhausbehandlung
 RP = Rezepte und sonstige Heilmittel
 SB = Sanatoriumsbehandlung
 SO = Sonstiges
 ZB = Zahnbehandlung
 ZE = Zahnersatz

- 2) A = Antragsteller
 E = Ehegatte/in
 K1 = Kind 1
 K2 = Kind 2 usw.