

KURZANTRAG AUF BEIHILFE

Landeshauptstadt

Hannover

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder bei **Änderung der persönlichen Verhältnisse** bitte den [ausführlichen Beihilfeantrag](#) verwenden!

Landeshauptstadt Hannover
 Fachbereich Personal und Organisation
Sozialer Dienst - 18.32
 Nikolaistr. 14
 30159 Hannover

Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Nds. Beihilfeverordnung (NBhVO)
Name, Vorname

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit	
OE	Tel.-Nr.
Personalnummer	Beihilfenummer

Die hervorgehobenen Felder sind für die Bearbeitung zwingend erforderlich!

Anzahl der Belege (bitte nummerieren)

Die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen betragen ca.: € E-Mailadresse

1. Zahlungsweg			
Die Beihilfe soll überwiesen werden auf mein bekanntes Konto		nachstehendes Konto	
Geldinstitut	IBAN	BIC	
Name falls abweichend vom Antragstellenden			
2. Angaben zu den Einkünften des*der Ehepartner*in, des*der eingetragenen Lebenspartner*in			
Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für nicht selbst beihilfeberechtigte Ehepartner*in / eingetragene*r Lebenspartner*in geltend gemacht werden.			
a) Überstiegen die Einkünfte (§ 2 Abs.3 EStG) der o.g. Person im vorletzten Kalenderjahr den Betrag von 20.000 Euro?			
Nein (sofern noch keine Nachweise eingereicht wurden, bitte <u>beifügen</u>)		Ja	
b) Falls ja; werden im laufenden Kalenderjahr Einkünfte über 20.000 € erzielt?		Ja	Nein
3. Besonderheiten einzelner Belege			
a) Folgende Aufwendungen sind unfall- / verletzungsbedingt		Beleg-Nr.:	Tag des Unfalls:
Es handelt(e) sich um einen	Dienstunfall	Unfall im privaten Bereich	Schulunfall
Drittverschulden liegt vor	Ja	Nein	
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung oder Schadenersatz?			
Nein		Ja, von	
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer			
b) Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehepartner*in, eingetragene Lebenspartner*in, Kind oder Elternteil der behandelten Person)		Beleg-Nr.:	

4. Beihilfe für Pflege

Pflegegeld

Hiermit versichere ich, dass die Pflege im zurückliegenden Zeitraum

vom

bis

durchgeführt worden ist.

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

01.

Monat

Jahr

gezahlt wird.

Vollstationäre Pflege

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

01.

Monat

Jahr

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

vom	bis	Grund
vom	bis	Grund

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

Erklärung: Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Beihilfestelle anzeigen.

Bei Antrag durch eine bevollmächtigte Person oder Betreuer*in
Vollmacht liegt vor Vollmacht ist beigelegt

Datum

Unterschrift

Unterschrift der bevollmächtigten Person
(Nachweis der Bevollmächtigung zwingend erforderlich)

HINWEISE ZUM KURZANTRAG

Wichtige Hinweise (unbedingt beachten!)

Der ausführliche Beihilfeantrag ist zu verwenden:

a) **beim Erstantrag;**

b) **bei Änderungen der persönlichen Angaben** (z. B. Änderung der Anschrift, Änderung berücksichtigungsfähiger Kinder im Familienzuschlag etc.)

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungssteller ausgefertigten **Zweitschriften** der Belege sind ausreichend.
- Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Antragsteller*in, Ehe-, Lebenspartner*in, Kinder).
- Rezepte für **rabattfähige Arzneimittel** werden nicht zurückgesandt.
- Bei **Heil- und Hilfsmitteln** ist dem Antrag die **vorherige schriftliche Verordnung** des Arztes beizufügen.
- **Rehabilitationsmaßnahmen, ambulante psychotherapeutische Maßnahmen und kieferorthopädische Behandlungen** müssen vor Behandlungsbeginn durch die Beihilfefestsetzungsstelle anerkannt werden.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem **Rechnungs- bzw. Kaufdatum** und dem Antragseingang **nicht mehr als ein Jahr** liegt.
- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen **100 EURO** 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 über den Postweg zusenden, **frankieren** Sie diesen Brief bitte ausreichend. Nicht, oder nicht ausreichend frankierte Sendungen werden nicht angenommen.
- Die **Belege** bitte **nummeriert** einreichen. Sie können Ihre Beihilfestelle unterstützen, indem Sie die Belege auseinander gefaltet übersenden (bitte nicht heften, klammern oder aufkleben).

Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse erklären Sie sich damit einverstanden ggf. über wichtige Hinweise (z.B. Antragseingang, rechtliche Änderungen u.a.) per E-Mail informiert zu werden.

Für weitere Fragen steht Ihnen Ihre Beihilfestelle gerne zur Verfügung.