

Leitfaden zur Beantragung von Beihilfe ab dem 1. Januar 2023 - Frage-/Antwort-Katalog -

1. Ab wann ist das LBV für meine Beihilfe zuständig und was gilt in der Zwischenzeit?

Ab dem **1. Januar 2023** übernimmt das Landesamt für Besoldung und Versorgung des Landes Nordrhein-Westfalen (**LBV**) die Bearbeitung Ihrer Beihilfeanträge im Auftrag der NRW.BANK.

Bis zum 31. Dezember 2022 bleibt die BBZ GmbH (**BBZ**) für Ihre Beihilfeanträge zuständig. Anträge, die nach diesem Termin bei der BBZ eingehen, können dort nicht mehr bearbeitet werden und müssen beim LBV erneut gestellt werden.

Zur Vermeidung von Bearbeitungsstaus bitten wir Sie, **Beihilfeanträge bei der BBZ** nur noch **bis zum 15. Dezember 2022** einzureichen und anschließend Ihre Beihilfe bereits beim LBV zu beantragen. Bitte beachten Sie jedoch, dass das **LBV** aus technischen Gründen nur Anträge annehmen kann, die **ab dem 1. Januar 2023** dort eingehen.

Wir bitten außerdem um die Beachtung folgender Hinweise:

- Die Beantragung von Beihilfen bei der BBZ erfolgt wie gewohnt und unter Verwendung der bereits bekannten Formulare. Für Beihilfeanträge an das LBV gelten die Vordrucke und Hinweise, die Sie mit diesem Schreiben erhalten. Bitte achten Sie auf die Verwendung der richtigen Vordrucke, da andernfalls Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann.
- Bitte achten Sie unbedingt darauf, pro Aufwendung nur einmal Beihilfe zu beantragen – entweder bei der BBZ oder beim LBV.

2. Wie kann ich beim LBV Beihilfe beantragen?

Das LBV bietet Ihnen folgende Möglichkeiten, Beihilfe zu beantragen:

a) Antragstellung per Post

Ihre Beihilfe können Sie beim LBV schriftlich per Post unter Verwendung der vorgesehenen Vordrucke beantragen. Die wichtigsten Vordrucke finden Sie diesem Schreiben beigelegt. Bitte fertigen Sie sich hiervon zur Wiederverwendung eine ausreichende Zahl von Kopien an. Sie finden diese und weitere Vordrucke auch auf der Homepage des LBV unter <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/vordrucke> und erhalten sie vom LBV (Kontakt Daten siehe Ziffer 10).

Für die Beantragung von Beihilfe beim LBV stehen (neben weiteren Vordrucken, die je nach Situation zu verwenden sind) zwei verschiedene **Antragsformulare** zur Verfügung:

- Das ausführliche Antragsformular **„Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“** ist zu verwenden, wenn Sie erstmals Beihilfe beim LBV beantragen sowie anschließend im Falle einer Änderung

oder Ergänzung von Angaben zu Ihren persönlichen Verhältnissen. Hinweise zur Verwendung dieses Formulars finden Sie unter Punkt 3 sowie in den Ausfüllhinweisen, die Sie zusammen mit diesem Leitfaden per Post erhalten haben.

- Das Kurzformular „**Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe**“ kann nach der erstmaligen Antragstellung verwendet werden, sofern sich Angaben zu Ihren persönlichen Verhältnissen seitdem nicht verändert haben bzw. nicht zu ergänzen sind.

Ihren Antrag mitsamt den erforderlichen Anlagen und Belegen (in Kopie) senden Sie bitte an die folgende **Adresse**:

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Die Zentrale Scanstelle Beihilfe ist für die Entgegennahme und verarbeitungsgerechte Weiterleitung von Schriftverkehr an das LBV zuständig.

Bitte beachten Sie außerdem folgende Hinweise:

- Reichen Sie Antragsformulare und sonstige Begleitvordrucke immer mit Ihrer im Original geleisteten Unterschrift (d.h. keine Kopie der unterschriebenen Erklärung und kein Telefax) ein.
- Die Vorlage von Originalbelegen ist nicht erforderlich. Da Belege nicht zurückgeschickt werden, reichen Sie diese bitte nur in Kopie bzw. Durchschrift ein.
- Eine Antragstellung per E-Mail ist nicht möglich (Ausnahme: zertifizierte DE-Mail-Adresse). Bei diesbezüglichen Fragen wenden Sie sich bitte an das LBV.

b) Elektronische Antragstellung mit der Beihilfe NRW App

Mit der Beihilfe NRW App können Sie die erforderlichen Belege digital per Smartphone oder Tablet einreichen.

Hinweise zur Installation und Nutzung sowie weitergehende Informationen zur Beihilfe NRW App finden Sie unter <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/beihilfe-nrw-app>. Bei technischen Fragen im Rahmen der Installation und Nutzung erhalten Sie zudem Auskunft unter der Rufnummer 0211 9449-2116.

3. Ihr erster Antrag auf Beihilfe beim LBV – Was ist zu beachten?

Für Ihren ersten Beihilfeantrag beim LBV verwenden Sie bitte das Langantragsformular „Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“ und beachten Sie die Ausfüllhinweise, die Sie zusammen mit diesem Leitfaden erhalten haben. Das Formular finden Sie diesem Schreiben beigelegt sowie abrufbar auf der Internetseite des LBV (Link unter Ziffer 2.a) dieses Leitfadens).

Mit der Erstantragstellung ist in jedem Fall eine Bescheinigung der Krankenversicherung einzureichen:

- Bei gesetzlich Krankenversicherten verwenden Sie bitte das beigefügte Formular und lassen sich dieses von Krankenkasse (bzw. Ersatzkasse) ausfüllen und unterzeichnen.
- Falls Sie (bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige) privat krankenversichert sind, bitten wir Sie, sich an die private Versicherung zu wenden und eine aktuelle, sogenannte „Quotenbescheinigung zur Vorlage bei der Beihilfestelle“ anzufordern.

Weitere Hinweise entnehmen Sie bitte den Ausfüllhinweisen zu Feld 3 des Antragsformulars (diesem Schreiben beigefügt).

Je nach Art der Aufwendungen wird das LBV ggf. auf Sie zukommen und weitere Nachweise anfordern.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass etwaige gegenüber der BBZ bereits getätigte Angaben und erbrachte Nachweise gegenüber dem LBV erneut erbracht werden müssen.

4. Gibt es nach erstmaliger Antragstellung vereinfachte Möglichkeiten, Beihilfe zu beantragen?

Nachdem Sie erstmalig Beihilfe beim LBV (wie unter Punkt 3 geschildert) beantragt haben, können Sie künftige Beihilfeanträge mit dem Kurzformular „Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe“ stellen, welches Sie auch auf der Seite des LBV herunterladen können (Link unter Ziffer 2.a) dieses Leitfadens). Alternativ können Sie Ihre Beihilfe elektronisch mithilfe der Beihilfe NRW App beantragen.

Für das Kurzformular gelten die Ausführungen auf Seite 2 der Ausfüllhinweise zum Langantrag (diesem Schreiben beigefügt) entsprechend.

Bitte beachten Sie, dass bei zwischenzeitlichen Änderungen der Sachverhalte

- Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Familienstand, Kindergeldanspruch, Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschüsse und Rentenbezug (auch (Halb-)Waisenrente)
- Einkünfte des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners
- erstmalige Antragstellung nach Eintritt in den Ruhestand oder als verwitwete Person
- sowie bei Unfällen oder Verletzungen

das umfassende Antragsformular „Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“ zu verwenden ist.

5. Wie beantrage ich Beihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige?

Bitte verwenden Sie für erstmalige Angaben zu Angehörigen das umfassende Antragsformular „Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“ und beachten Sie die Ausfüllhinweise (diesem Schreiben beigefügt).

Wird erstmals Beihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige beim LBV beantragt, ist in jedem Fall eine Krankenversicherungs- bzw. Krankenkassenbescheinigung des/der berücksichtigungs-

fähigen Angehörigen einzureichen (vgl. Punkt 3 dieses Leitfadens sowie die Ausfüllhinweise zu Feld 3 des Antrags).

Bei der Geltendmachung von Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder fügen Sie Ihrem Antrag bitte außerdem einen Nachweis des Kindergeldanspruchs (Bewilligungsbescheid der Familienkasse) bei (vgl. die Ausfüllhinweise zu Feld 2 des Antrags).

Sollten weitere Erklärungen oder Nachweise für die Gewährung von Beihilfe erforderlich sein (z.B. Einkommensnachweise des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners), wird das LBV Ihnen dies nach Prüfung Ihres Antrags mitteilen.

6. Wie mache ich Pflegeaufwendungen geltend?

Sollten Sie bzw. eine von Ihnen betreute Person aktuell bereits Beihilfe wegen dauernder Pflege beziehen, erhalten Sie von uns zeitnah ein gesondertes Anschreiben mit weitergehenden Hinweisen.

Bei der erstmaligen Geltendmachung von Beihilfe wegen dauernder stationärer oder häuslicher Pflege wenden Sie sich bitte an das LBV (Kontakt Daten unter Punkt 10 dieses Leitfadens; entsprechende Vordrucke unter <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/vordrucke>).

7. Welche Besonderheiten gelten bei unfallbedingtem Aufwendungen?

Für Aufwendungen aufgrund von Unfällen verwenden Sie bitte das umfassende Antragsformular „Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“ und beachten Sie die Ausfüllhinweise (insbesondere zu Feld 8 des Antrags). Bei Unfällen mit möglichem Fremdverschulden (einschließlich häuslicher Unfälle) legen Sie Ihrem Antrag bitte zusätzlich das ausgefüllte Formular „Unfallbericht für Beihilfeberechtigte der NRW.BANK“ bei.

8. Wie teile ich Bevollmächtigungen mit?

Zum Nachweis von Bevollmächtigungen verwenden Sie bitte den Vordruck „Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten“, den Sie zusammen mit diesem Leitfaden erhalten haben (auch abrufbar auf der Internetseite des LBV, vgl. Ziffer 2a dieses Leitfadens).* Der Vordruck sieht zwei Arten von Vollmachten vor:

- a) Die **Vollmacht zur Regelung von Beihilfeangelegenheiten** (Seite 1 des Vordrucks) beinhaltet die umfassende Bevollmächtigung einer Person (z.B. Verwandter) zur Regelung aller Beihilfeangelegenheiten für den Beihilfeberechtigten einschließlich der Antragstellung und dem Führen von sonstigem Schriftverkehr sowie der Entgegennahme von Schriftstücken bei der angegebenen Postanschrift.
- b) Mit der **Vollmacht zur Änderung des Überweisungsweges von Beihilfezahlungen** (Seite 2 des Vordrucks) ist künftig auch die Auszahlung von Beihilfe auf das Konto eines Bevollmächtigten möglich. Die Angabe der Kontodaten erfolgt über das Langantragsformular (Seite 1 unten; bitte beachten Sie hierzu auch die Ausfüllhinweise).

Hinweis: Bei anderweitiger Bevollmächtigung bzw. Bestellung (z.B. gerichtliche Bestellung zum Betreuer, notarielle Vollmacht, Generalvollmacht oder Vorsorgevollmacht) reichen Sie bitte stattdessen eine Kopie des entsprechenden Dokuments ein.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass auch bei bereits erteilter Vollmacht eine neue Vollmacht beim LBV einzureichen ist. Sollte nicht möglich sein, wenden Sie sich bitte an das LBV.

9. Wo kann ich Bescheinigungen beantragen?

Bescheinigungen zur Beihilfe (z.B. zum Beihilfebemessungssatz) können künftig beim LBV angefragt werden.

10. An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Für Fragen im Zusammenhang mit der Beihilfe steht Ihnen ab Anfang Januar 2023 die **Beihilfestelle des LBV** wie folgt zur Verfügung:

- telefonisch unter der **Servicenummer 0211 6023-1806** (montags bis freitags von 07.00 bis 16.00 Uhr) (aus organisatorischen Gründen bittet das LBV, telefonische Anfragen möglichst auf den Vormittag zu legen),
- elektronisch über das Kontaktformular unter <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/lbv-kontaktformular>,
- persönlich von montags bis freitags von 08.00 Uhr bis 12.00 Uhr sowie dienstags und donnerstags von 13.00 bis 15.00 Uhr (Adresse: Johannstraße 35, 40476 Düsseldorf).

Um sicherzustellen, dass eine Sachbearbeitung - speziell für die Beihilfeberechtigten der NRW.BANK - vor Ort verfügbar ist, bittet das LBV um vorherige, telefonische Terminvereinbarung.

Übergangsweise bis zum 15. Februar 2023 steht Ihnen für Ihre Fragen zudem weiterhin die **Beihilfestelle der NRW.BANK** wie folgt zur Verfügung:

- telefonisch unter der Rufnummer **0211 91741 4031** (montags und dienstags von 09.00 Uhr bis 12.00 Uhr sowie von 13.00 Uhr bis 16.00 Uhr, mittwochs und freitags von 09.00 Uhr bis 12.00 Uhr sowie donnerstags von 13.00 Uhr bis 16.00 Uhr),
- per E-Mail unter beihilfe@nrwbank.de.

Umfangreiche Informationen zur Beihilfe finden Sie auf der Internetseite des LBV unter <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/beihilfezahlung>.

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 5

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

bei Erstantrag frei lassen

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (*freiwillige Angabe*)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (*freiwillige Angabe*)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
(PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)

**Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold**

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften
(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Bitte verwenden Sie diesen Antrag, wenn es sich um einen Erstantrag handelt oder sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag Änderungen ergeben haben. Ansonsten ist der Kurzantrag ausreichend.

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 Beihilfestelle anzuzeigen habe.

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

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

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege
(s. Anmerkung 3)

, - €

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend machen wollen, stellen Sie bitte für diese Aufwendungen einen **gesonderten Antrag** und fügen die ausgefüllte **Anlage „Pflege“** bei.

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht Nein
 Ja (Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen.)

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert? Nein
 Ja **Bitte ausfüllen:**

IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte							BIC

Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert? Nein
 Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber dem letzten Beihilfeantrag ergeben?

- Ja **Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen**
 Nein **Bitte weiter bei Nummer 7**

1 Angaben zum Beschäftigungsumfang

<p>Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> Ja <u>Nur Tarifbeschäftigte:</u> Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom _____ bis _____ Grund:</p>
--	---

Nein Zahl der Wochenstunden: _____ bei Änderung bitte ausfüllen: seit: _____ volle Stundenzahl: _____

2 Angaben zu Angehörigen

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (s. Anmerkung 5) steht zu: mir _____ anderem Elternteil _____	seit TT.MM.JJJJ	Angehörige/r hat einen eigenen Beihilfeanspruch	seit TT.MM.JJJJ
Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in (E)				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Beihilfestelle:	
Kind 1 (K 1)		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 2 (K 2)		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 3 (K 3)		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 4 (K 4)		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Kind 5 (K 5)		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

3 Krankenversicherungsschutz / Anspruch auf freie Heilfürsorge

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

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung						freie Heilfürsorge
	Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Auslandsvers.	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert über	als Rentner	seit	
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
K 1	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
K 2	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
K 3	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
K 4	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
K 5	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<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/einer berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag) 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 den Einkünften des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin

6.1 Für Aufwendungen, die nach dem 31.12.21 entstanden sind:

Hat die Summe der Einkünfte nach § 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 Euro überstiegen? Ja Nein Noch nicht absehbar

s. Anmerkung 6.1

 Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? Ja Nein Noch nicht absehbar

6.2 Für Aufwendungen, die bis zum 31.12.21 entstanden sind:

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? Ja Nein Noch nicht absehbar

s. Anmerkung 6.2

 Wird diese Einkommensgrenze 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?

Nein 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

Die Unfallschilderung
liegt bei liegt bereits vor

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 eine/n nahen Angehörige/n**, hierzu zählen: Ehegatte/Ehegattin, eingetragene/r Lebenspartner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja (Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen.)

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (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 NRW wird beantragt

Ja

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb von 24 Monaten 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. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zeitschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Als jeweils ein Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 4) oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.
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. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre grundsätzlich bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Bitte fügen Sie bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung einen Nachweis über den Ihnen gezahlten kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bei (z.B. Besoldungsmitteilung).

6.

6.1

Zur Summe der Einkünfte zählen neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit, der zu versteuernde Anteil von Renten sowie Kapitaleinkünfte. Bei Renten mit erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2022 ist die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a EStG und dem Bruttobetrag hinzuzurechnen. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben (vgl. § 2 Abs. 5a EStG), sowie ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d EStG sind der Summe der Einkünfte hinzuzurechnen.

Mit Wirkung erstmals für das Kalenderjahr 2023 erhöht sich die maßgebliche Einkommensgrenze jährlich im gleichen Verhältnis wie der Rentenwert West im vorausgegangenen Kalenderjahr.

6.2

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, 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 Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).

Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (*freiwillige Angabe*)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (*freiwillige Angabe*)

**Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold**

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend machen wollen, stellen Sie bitte für diese Aufwendungen einen **gesonderten Antrag** und fügen die ausgefüllte **Anlage „Pflege“** bei.

Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte

- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen
- Familienstand, Familienzuschlag, Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin sowie bei
- Unfällen oder Verletzungen

verwenden Sie bitte das umfassende Antragsformular („Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“).

Erklärung:

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 Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die von Ehegatten/Ehegattinnen / eingetragenen Lebenspartnern/Lebenspartnerinnen, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Schwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

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

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

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen ca.

Anzahl¹ der Belege

, – €

¹(als 1 Beleg gelten z.B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und die Material- und Laborkosten).

Absender	Nachname	Vorname
	Straße	Hausnummer
	PLZ	Ort

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Bescheinigung

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Herr, Frau	geb. am
------------	---------

ist wie folgt krankenversichert:

seit dem:

als Arbeiter(in) oder Angestellte(r) pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 SGB V _____

als Rentner(in) aufgrund eigener Rente pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V _____

als Rentner(in) aufgrund einer Hinterbliebenenrente nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V _____

pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. ____ SGB V _____

freiwillig versichert nach § 9 Abs. 1 Nr. ____ SGB V _____

als Rentenbewerber pflichtversichert nach § 189 SGB V _____

von der Versicherungspflicht befreit nach § 8 Abs. 1 Nr. ____ SGB V _____

es wird ein Zuschuss nach §§ 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gezahlt oder nach § 207a SGB III übernommen _____

Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V ja nein _____

Es besteht ein Anspruch auf den Bundesbehandlungsschein: ggf. nach § 10 Abs. ____ BVG ja nein

Anspruch besteht nicht, da das Bruttoeinkommen die Ausschlussgrenze nach § 10 Abs. 7 BVG übersteigt oder andere Ausschlussgründe nach dieser Rechtsvorschrift vorliegen. ja nein

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf andere Familienmitglieder, und zwar auf:

Der/Die Versicherte zahlt als freiwilliges Mitglied gem. § 248 Abs. 2 SGB V in der bis zum 31.12.1992 geltenden Fassung nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes als Beitrag (als Bestandsfall) ja nein

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Unfallbericht

NRW.Bank

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle
NRW.BANK

Zentrale Scanstelle Beihilfe

32746 Detmold

Unfallbericht zu den mit **U** gekennzeichneten Belegen im Beihilfeantrag vom

1	Name der verletzten Person:	
2	ggf. abweichende Anschrift: (Straße, Postleitzahl, Wohnort)	
3	Wann ereignete sich der Unfall?	Datum: Uhrzeit:
4	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Hausnummer usw.)	
5	Name und Anschrift des Unfallgegners	
6	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
7	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dienststelle: Tgb.-Nr.:
8	Wurde ein Ordnungswidrigkeits-/ Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gegen bei Behörde/Staatsanwaltschaft Az.:
9	Name und Anschrift von Zeugen (ggf. auf besonderem Blatt ergänzen)	
10	Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten?	
11	Unfallschilderung (ggf. mit Skizze) - Aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild des Unfallablaufes ergeben (ggf. auf besonderem Blatt ergänzen)	

Weiter auf der Rückseite

12	Bei Verkehrsunfällen:	
a	Fahrer des Fahrzeugs: (Name, Anschrift, Alter, Führerscheindaten)	
b	Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeugs	
c	Fahrzeug des Unfallgegners Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeugs, ggf. Halter	
d	Haftpflichtversicherung des Halters des Fahrzeuges zu c	Vers.-Gesellschaft (Name, Anschrift): Vers.-Nr. Schaden-Nr.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass die den Unfall betreffenden Rechnungsbelege zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Schädiger bzw. seiner Versicherung verwendet werden.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der verletzten Person

Abtretungserklärung

Gemäß § 1 Abs. 3 BVOTb trete ich hiermit die Ansprüche auf Schadenersatz wegen der Kosten, die durch den o.a. Unfall verursacht worden sind, in Höhe der zustehenden Beihilfe an die NRW.BANK, vertreten durch den Vorstand, Kavalleriestr. 22,40213 Düsseldorf, ab, soweit diese zur Gewährung einer Beihilfe verpflichtet ist.

Gleichzeitig erkläre ich, dass ich über diese Ansprüche nicht verfüge und mich jeder Verfügung darüber enthalten werde.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der verletzten Person

Name, Vorname	geb. am
Anschrift	
Beihilfenummer	Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen <input type="checkbox"/>

**Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold**

Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn	
Name, Vorname	
Anschrift	
Tel.-Nr.*	E-Mail-Adresse*
mit der Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten	
Die/Der Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem Verwandtschaftsverhältnis:	
Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit dem Landesamt für Besoldung und Versorgung zu führen, Anträge zu stellen, sämtliche Schriftstücke in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben. Soll sich die Bevollmächtigung auch auf den Überweisungsweg erstrecken, ist eine Vollmacht zur Änderung des Überweisungsweges erforderlich (siehe Rückseite).	
Der Schriftverkehr soll	
<input type="checkbox"/> weiterhin über meine Anschrift erfolgen	
<input type="checkbox"/> ab sofort über die oben angegebene Anschrift der/des Bevollmächtigten erfolgen.	

Datum	Unterschrift der/des Berechtigten (Vor- und Nachname)
-------	---

Datum	Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Vor- und Nachname)
-------	---

Name, Vorname	
Anschrift	
Beihilfenummer	
VOLLMACHT <u>zur Änderung des Überweisungsweges von Beihilfezahlungen</u>	
Hiermit erteile ich Frau/Herrn	
Name, Vorname	
Anschrift	
Tel.-Nr.*	E-Mail-Adresse*
die Vollmacht, Änderungen des Zahlungs-/Überweisungsweges meiner Beihilfen zu veranlassen.	

Datum	Unterschrift der/des Berechtigten (Vor- und Nachname)
-------	---

Datum	Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Vor- und Nachname)
-------	---

* diese Angaben sind freiwillig

Absender	Nachname	Vorname
	Straße	Hausnummer
	PLZ	Ort

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Schreiben an die Beihilfestelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Überprüfung der beigefügten Unterlagen zur

- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Zahnersatz (Heil- und Kostenplan) – nur bei Zahnimplantaten vor Behandlungsbeginn erforderlich –
- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur kieferorthopädischen Behandlung (Heil- und Kostenplan, Kostenvoranschlag)
- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel (ab 1.000,00 EUR)
- Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
 - stationären Mutter / Vater / Kind-Kur
 - ambulanten Rehabilitationsmaßnahme
 - ambulanten Kurmaßnahme
 - _____

ich übersende Ihnen die erforderlichen/angeforderten Unterlagen (zu Antrag Nr.____)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Verordnung | <input type="checkbox"/> Erklärung zur Berücksichtigung von Kindern und zum Beihilfebemessungssatz (Anlage Kinder und Wahlerklärung) |
| <input type="checkbox"/> Kostenaufschlüsselung für Brillen | <input type="checkbox"/> Kindergeldnachweis |
| <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis | <input type="checkbox"/> Auslagennachweis |
| <input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung / Einverständniserklärung | <input type="checkbox"/> Einkommenssteuerbescheid |
| <input type="checkbox"/> Unfallschilderung z. Unfall vom <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Auskunft Berufstätigkeit Ehepartner |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Studienbescheinigung | |

Bemerkung / Mitteilungen:

--

Ort, Datum

Unterschrift

Ausfüllhilfe für den Vordruck Antrag auf Zahlung einer Beihilfe (Anlage 5) für Beihilfeberechtigte der NRW.BANK

Diese Anleitung soll Ihnen dabei helfen, den *Antrag auf Zahlung einer Beihilfe (Anlage 5)*  korrekt auszufüllen.

Bei Fragen ist das Landesamt für Besoldung und Versorgung (LBV) telefonisch für Sie erreichbar:

montags bis freitags	
7:00 Uhr – 16.00 Uhr	0211/6023-06

Im Internet finden Sie weitere Informationen:

 www.finanzverwaltung.nrw.de/de/merkblaetter
 www.finanzverwaltung.nrw.de/de/vordrucke

Dieser Antrag ist auszufüllen

- bei erstmaliger Antragstellung beim LBV
- bei erstmaliger Antragstellung nach Eintritt in den Ruhestand
- bei erstmaliger Antragstellung als verwitwete Person
- bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (auch von Angehörigen, z.B. Wegfall des Kindergeldanspruchs)
- bei Änderungen der Bankverbindung/ Adresse
- bei unfallbedingten Aufwendungen

Bitte beachten Sie:

- Fügen Sie dem Antrag bitte Kopien von Rechnungen und Rezepten bei.
Reichen Sie keine Originale ein, diese werden nicht zurückgesandt, sondern nach Bearbeitung vernichtet!
- Die Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungsdatum beantragt wird (§ 13 Abs. 3 BVO).
- Bitte beachten Sie auch die Anmerkungen auf der letzten Seite des Vordrucks!

Hinweise zu den einzelnen Punkten im Vordruck

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe		Anlage 5
<p>Antragsteller/in Name, Vorname (1)</p> <hr/> <p>Zentrale Scanstelle Beihilfe 32746 Detmold</p>	<p>Beihilfenummer</p> <hr/> <p>Dienststelle (2)</p> <hr/> <p>E-Mailadresse dienstlich</p> <hr/> <p>E-Mailadresse privat – <i>Angaben freiwillig</i> -</p> <hr/> <p>Telefonnummer dienstlich</p> <hr/> <p>Telefonnummer privat – <i>Angaben freiwillig</i> -</p> <hr/> <p>Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)</p>	<p>(1) Tragen Sie hier den Namen der beihilfeberechtigten Person, die Beihilfenummer und das Geburtsdatum ein. Dies gilt auch im Todesfalle, sofern noch Leistungen für die beihilfeberechtigte Person (verstorbene Person) beantragt werden. Ihre Beihilfenummer haben wir Ihnen per Anschreiben mitgeteilt.</p> <p>(2) Bitte tragen Sie als Dienststelle „NRW.BANK“ ein.</p>
<p>Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften (Bitte Anmerkung 2 beachten.)</p> <p>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 Beihilfestelle anzuzeigen habe.</p> <p>Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher eine Beihilfe nicht beantragt.</p> <p>Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.</p> <p>Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich <u>nicht</u> einverstanden. <input type="checkbox"/> (ggf. bitte ankreuzen)</p>		<p>(3) Der Antrag muss von der beihilfeberechtigten Person - oder einer bevollmächtigten Person - persönlich unterschrieben sein. Bitte ggf. eine Kopie der Vollmacht beifügen. Ein entsprechendes Formular finden Sie unter https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/vordrucke.</p> <p>(4) Für die Angabe des Gesamtbetrags der Aufwendungen genügt eine Angabe in vollen €-Beträgen. Bitte runden Sie entsprechend auf.</p> <p>(5) Die Anzahl der Belege ergibt sich aus der Anzahl der Rechnungsvorgänge, d. h. eine z.B. mehrseitige Rechnung gilt als ein Beleg.</p>
<p>Datum, Unterschrift (3)</p> <hr/>	<p>Gesamtbetrag der Aufwendungen ca. (4)</p> <hr/> <p style="text-align: right;">, - €</p>	<p>Anzahl der Belege (s. Anmerkung 8) (5)</p> <hr/>

<p>Es werden Pflegeaufwendungen nach § 5 ff. BVO geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja (Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)</p> <p>Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert? (6) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte ausfüllen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte</td> <td style="width: 30%;">BIC</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte ausfüllen: Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>	IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte	BIC			<p>(6) Bei erstmaliger Antragstellung beim LBV sowie bei Erstanträgen nach Eintritt in den Ruhestand oder als verwitwete Person handelt es sich ebenfalls um einen Erstantrag. Die Angaben zu den Feldern Bankverbindung und Anschrift sind zwingend erforderlich, auch wenn sich die Angaben nach Eintritt in den Ruhestand nicht geändert haben sollten.</p> <p>Sollte die Bankverbindung von Ihrer eigenen Bankverbindung abweichen, fügen Sie Ihrem Antrag bitte ein entsprechendes Vollmachtsformular bei oder teilen Sie die abweichende Verbindung per formlosem Schreiben mit. Das formlose Schreiben bedarf zwingend der Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder deren bevollmächtigter Person. Bei Vorlage einer Vollmacht muss sich diese ausdrücklich auch auf die Änderung des Zahlungsweges erstrecken. Ein Vollmachtsformular finden Sie unter https://www.finanzeverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/vordrucke.</p> <p>Sollten Sie erstmalig Beihilfe beim LBV beantragen, machen Sie bitte in jedem Fall Angaben zur Anschrift, an welche der Beihilfebescheid versendet werden soll. Im Falle einer Bevollmächtigung zur Entgegennahme von Schriftverkehr bringen Sie bitte zudem eine entsprechende Vollmacht bei (s.o.).</p>																																													
IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte	BIC																																																	
<p>Bei wiederholter Antragstellung: (7) Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben? <input type="checkbox"/> Ja Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen <input type="checkbox"/> Nein Bitte weiter bei Nummer 7</p> <p>1 Angaben zum Beschäftigungsumfang (8)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> Ja Nur Tarifbeschäftigte: Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom bis Grund: </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein Zahl der Wochenstunden:</p>	Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> Ja Nur Tarifbeschäftigte: Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom bis Grund:	<p>(7) Falls Sie mit dem vorliegenden Formular lediglich eine Änderung der Anschrift oder der Bankverbindung mitteilen möchten, ist ein weiteres Ausfüllen (Nummern 1 – 9) <u>nicht</u> erforderlich.</p> <p>(8) Feld bitte freilassen.</p>																																															
Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> Ja Nur Tarifbeschäftigte: Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom bis Grund:																																																	
<p>2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Name, Vorname</th> <th style="width: 10%;">Geburtsdatum TT.MM.JJJJ</th> <th style="width: 15%;">Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)</th> <th style="width: 15%;">Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu</th> <th style="width: 15%;">Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)</th> <th style="width: 10%;">von TT.MM. JJJJ</th> <th style="width: 10%;">bis TT.MM. JJJJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ehegatte / eingetragener Lebenspartner</td> <td></td> <td></td> <td>(9)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kind 1 (K 1)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kind 2 (K 2)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kind 3 (K 3)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kind 4 (K 4)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kind 5 (K 5)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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			(9)				Kind 1 (K 1)							Kind 2 (K 2)							Kind 3 (K 3)							Kind 4 (K 4)							Kind 5 (K 5)							<p>(9) Für nicht selbst beihilfeberechtigte geehelichte Personen / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende Personen kann eine Beihilfe gezahlt werden, wenn deren Einkünfte im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen insgesamt 20.000 EUR nicht übersteigen. Dieser Betrag wird im Rahmen der Rentenerhöhung West zum folgenden Kalenderjahr (erstmalig 2023) jährlich dynamisiert. Siehe auch Angaben zu Punkt 6. des Antrages.</p> <p>Machen Sie in diesem Fall Angaben zum Geburtsdatum und zur Berufstätigkeit. Bitte fügen Sie eine Kopie der Krankenversicherungsbescheinigung bei (siehe dazu Angaben zu Punkt 3. des Antrages).</p> <p>Volljährige Kinder gelten bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres als berücksichtigungsfähig, solange ein Kindergeldanspruch besteht (bitte ersetzen Sie daher den Begriff „Familienzuschlag“ im Formular gedanklich durch den Begriff „Kindergeldanspruch“). Bitte fügen Sie bei Erstbeantragung von Beihilfe beim LBV oder Änderung einen Nachweis bei, dass zum Behandlungszeitpunkt des Kindes eine Kindergeldberechtigung bestand (aktueller Bescheid der Familienkasse).</p>
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			(9)																																															
Kind 1 (K 1)																																																		
Kind 2 (K 2)																																																		
Kind 3 (K 3)																																																		
Kind 4 (K 4)																																																		
Kind 5 (K 5)																																																		

3 Krankenversicherungsschutz (10)

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

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung						
	Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Ausländers.	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familierversichert	über	als Rentner	seit
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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

(10) Im sog. **Normaltarif** der privaten Krankenversicherung (PKV) zählen zu den wichtigsten Leistungen das Krankentagegeld, Leistungen für Zahnbehandlungen und Zahnersatz sowie umfangreiche ambulante und stationäre Leistungen, wie z.B. Chefarztbehandlung.

Der **Basistarif** ist ein Tarif mit abgespeckten Leistungen und ist in Art und Umfang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar.

Bitte erkundigen Sie sich ggfs. bei Ihrer Versicherung, welcher Tarif Ihrem Vertrag zugrunde liegt.

Bei Änderungen des Krankenversicherungsschutzes, bei erstmaliger Antragstellung beim LBV und nach Eintritt in den Ruhestand ist dem Antrag eine **Versicherungsbescheinigung** wie folgt beizufügen:

- Falls Sie (oder berücksichtigungsfähige Angehörige, für die Beihilfe beantragt wird) **privat krankenversichert** sind, bitten wir Sie, sich an die private Versicherung zu wenden und eine aktuelle „Quotenbescheinigung zur Vorlage bei der Beihilfestelle“ für sich (bzw. für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen) anzufordern.
- Sofern Sie (oder berücksichtigungsfähige Angehörige, für die Beihilfe beantragt wird) **gesetzlich krankenversichert** sind, bitten wir Sie, das Formular zur Bescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung - von der gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse ausgefüllt und unterschrieben - den Antragsunterlagen beizufügen. Das Formular finden Sie auch unter <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/vordrucke>. Zu jedem eingereichten Beleg ist die Kostenerstattung oder Nichterstattung durch Ihre gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse nachzuweisen.

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (11)

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
	€	€		
	€	€		

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	am:	am:

(11) Feld 4 ist nur auszufüllen bei aktiven Tarifbeschäftigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung nach § 257 SGB XI erhalten. Andernfalls bitte „Nein“ angeben.

Feld 5 ist nur auszufüllen bei aktiven Tarifbeschäftigten oder bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6 Angaben zu den Einkünften des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin </div> <p>6.1 Für Aufwendungen, die nach dem 31.12.21 entstanden sind:</p> <p>Hat die Summe der Einkünfte nach § 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor <u>Entstehen der Aufwendungen</u> 20.000 Euro überstiegen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch nicht absehbar (12)</p> <p>Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch nicht absehbar (13)</p> <hr/> <p>6.2 Für Aufwendungen, die bis zum 31.12.21 entstanden sind:</p> <p>Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor <u>der Antragstellung</u> 18.000 Euro überstiegen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch nicht absehbar (14)</p> <p>Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch nicht absehbar</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> 7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften </div> <p>Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte ausfüllen)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; text-align: left;">Name, Vorname</th> <th style="width: 30%; text-align: left;">Art des Anspruchs</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nachweis liegt bei</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nachweis liegt vor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>(12) Die Aufzählung der relevanten Einkunftsarten entnehmen Sie bitte den Anmerkungen unter Punkt 6 auf Seite 4 des Antragformulars.</p> <p>Bitte beachten Sie: Seit dem 01.01.2018 ist der steuerfreie Anteil der Rente dem Gesamtbetrag der Einkünfte nicht mehr hinzuzurechnen. Dies gilt ab erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2022 nicht mehr.</p> <p>(13) Sofern der Gesamtbetrag der Einkünfte noch nicht festgestellt werden kann, steht die Beihilfefestsetzung unter dem Vorbehalt, dass die Grenze von 20.000 Euro nicht überschritten wird.</p> <p>(14) Vorrangige Ansprüche nach sonstigen Rechtsvorschriften können den Anspruch auf Beihilfe ausschließen oder einschränken. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht.</p>
Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht? (15) </div> <p><input type="checkbox"/> Ja (bitte Belege mit U kennzeichnen) <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Es handelt sich um einen <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Unfall im Kindergarten <input type="checkbox"/> Die Unfallschilderung liegt bei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall in der Schule <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/> Unfall beim Studium</p> <p>Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte besonderen Vordruck Unfallbericht ausfüllen.)</p>	<p>(15) Die Beihilfestelle muss prüfen, ob und in wie weit Schadensersatzansprüche bestehen. Beruht der Unfall ausschließlich auf Selbstverschulden, reicht in der Regel die kurze Darstellung auf dem Beihilfeantrag aus. Sollten Sie jedoch einen Schadensersatzanspruch (§ 3 Abs. 4 BVO) gegen eine dritte Person vermuten, füllen Sie zusätzlich das spezielle Formblatt »Unfallbericht für Beihilfeberechtigte der NRW.BANK« aus (bitte achten Sie auf die Verwendung der speziellen Fassung für Beihilfeberechtigte der NRW.BANK und verwenden Sie nicht das allgemeine Formblatt »Unfallbericht«).</p> <p>Bitte kennzeichnen Sie die entsprechenden Belege mit einem U (für Unfall) auf der rechten oberen Seite der jeweiligen Rechnung.</p>												
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht? (16) </div> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte ausfüllen)</p> <p>Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen, hierzu zählen: Ehegatte / eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person. <input type="checkbox"/> Ja (bitte Belege oben rechts mit A kennzeichnen)</p> <p>Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> Ja (bitte Belege oben rechts mit G kennzeichnen)</p>	<p>(16) Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Angehörigen (s. Auflistung auf der linken Seite) des Beihilfeberechtigten sind nicht beihilfefähig. Nebenkosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist (z. B. Kosten für Arzneien, Verbandsmittel, Röntgenplatten, sowie zahntechnische Laborkosten), sind im Rahmen der BVO beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Kosten, deren Geldwert für den Einzelfall nicht festgestellt (nachgewiesen) werden kann.</p>												

<p>10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen (17)</p> <p>Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>(17) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung erhalten Sie einen Zuschuss in Höhe von zur Zeit einmalig 170 €.</p> <p>Die Aufwendungen für Säuglings- und Kleinkinderausstattungen gehören zu den Geburtskosten, die der Mutter des Kindes entstanden sind.</p> <p>Ist die Mutter selbst beihilfeberechtigt, kann eine Beihilfe hierfür nur von der für sie zuständigen Beihilfestelle gezahlt werden.</p>
--	---