

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

(ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

# B

Kanzler der Universität zu Köln  
**Beihilfe-Service**  
**der Kölner Hochschulen**  
 Albertus-Magnus-Platz

50923 Köln

Auf den diesem Antrag beigefügten Originalbelegen (Arztrechnungen, Rezepten und dgl.) bitte ich keine Bearbeitungsvermerke anzubringen. Für die Anbringung von Bearbeitungsvermerken habe ich daher neben den Originalbelegen Belegkopien beigefügt

Bitte in Druck- oder Maschinenschrift ausfüllen und bei allen Fragen zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen.

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vordruck geltend machen. Unvollständig ausgefüllte Anträge müssen leider zurückgewiesen werden.

**Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:**  
**Bitte alle Fragen beantworten, eine Versicherungsbescheinigung beifügen und die vollständige Anschrift Ihrer letzten Beihilfestelle angeben.**

						Personal Nr.				
<b>1</b>	Name, Vorname, Besoldungsgruppe des Antragstellers/der Antragstellerin (unbedingt angeben!)					Geburtsdatum			Telefon privat	
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort (Angaben nur, wenn nicht mehr im aktiven Dienst)							Telefon dienstlich		
	Dienststelle/Institut/Seminar/Dezernat/Abteilung						derzeitiges Dienst/Arbeitsverhältnis besteht seit			
	<b>(Bitte unbedingt angeben)</b>									
Vollbeschäftigung <sup>1)</sup> : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Zahl der Wochenstunden: _____										
Altersteilzeit seit: _____ Teilzeitmodell <input type="checkbox"/> Blockmodell <input type="checkbox"/> Freistellungsphase von _____ bis _____										
Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten (Elternzeit etc.): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Grund: _____										
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig   verheiratet seit _____   geschieden seit _____   verwitwet seit _____   getrennt lebend seit _____										
Vorname der Ehegattin/des Ehegatten, ggf. abweichender Familienname <sup>2)</sup>							Geburtsdatum <sup>2)</sup>			
<b>2</b>	Es ist ein Abschlag gewährt worden					durch Bescheid vom _____		in Höhe von _____ €		
	Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf mein Gehaltskonto Nr. _____ bei (Bank oder Sparkasse) _____ Bankleitzahl _____									
<b>4</b>	<b>Kinder</b> (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden)					Geburtsdatum	Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten für das Kind Kindergeld zu?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt/berücksichtigungsfähig <sup>3)</sup>	Anspruchszeitraum vom/bis <sup>3,4)</sup>	Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe? Falls ja: <b>Bitte Originalbelege beifügen</b>
	Name, Vorname									
	1.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	2.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	3.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	4.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>5</b>	<b>Antragsteller/-in, Ehegattin/Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:</b>									
	Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Pkt. 4 aufgelistet)	Nicht versichert	Nur Beamte, Versorgungsempfänger privat versichert bei <sup>5)</sup>	Nur Arbeitnehmer privat versichert seit <sup>5)</sup>	In einer gesetzl. Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt:			Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V wurde gezahlt <sup>6)</sup>		
					<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	Jahr: für die Zeit vom - bis	zustehender Zuschuß im Antragsmonat €	Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat €	
					pfl.-versichert bei	freiwillig versichert bei	familienversichert über			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Antragsteller/-in (A)	<input type="checkbox"/>					E <input type="checkbox"/>			
	Ehegattin/Ehegatte (E)	<input type="checkbox"/>					A <input type="checkbox"/>			
	Kind 1	<input type="checkbox"/>					A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
	Kind 2	<input type="checkbox"/>					A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
	Kind 3	<input type="checkbox"/>					A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			
Kind 4	<input type="checkbox"/>					A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>				
Kind 5	<input type="checkbox"/>					A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>				

1) Auch die Arbeitsphase im Blockmodell der Altersteilzeit gilt als Teilzeitbeschäftigung.  
 2) Nur ausfüllen, wenn für die Ehegattin/Ehegatten Aufwendungen geltend gemacht werden, oder wenn zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind und die Ehegattin/der Ehegatte ebenfalls beihilfeberechtigt ist. Bitte füllen Sie auch Ziffer 6.b aus.  
 3) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 27. Lebensjahr) ggf. zuzüglich 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.  
 4) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf das Kindergeld oder die Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendung nicht bestand.  
 5) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungsschein oder -bescheinigung) beifügen.  
 6) Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 8 und 9.

<b>6 bitte nur ausfüllen</b>				
<b>a</b>	<b>bei vorrangigen Ansprüchen</b>	Bestehen Ansprüche zu den geltend gemachten Aufwendungen aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt		
	<b>wenn die antragstellende Person für die Ehegattin/den Ehegatten oder die Kinder eine Beihilfe beantragt</b>	Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 € überstiegen? (Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt Sind oder waren <b>Ehegattin/Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder</b> in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfängerin/Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder von Erziehungsgeld?		
<b>b</b>	Name dieser Person	Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. Zahlung dieser Bezüge	Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der Bezüge	Falls <b>selbst beihilfeberechtigt</b> , bitte ankreuzen
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<b>c</b>	wenn die antragstellende Person oder ein Angehöriger <b>Rentenempfänger / Rentenempfängerin</b> ist	Person	Erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993?	*) Falls nein: Beteiligt sich der Rentenversicherungsträger am Krankenversicherungsbeitrag oder Pflegeversicherungsbeitrag? **) Falls ja: Höhe des zustehenden Anteils im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
	Antragstellerin/Antragssteller	<input type="checkbox"/> nein *) <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja **)	€
	Ehegattin/Ehegatte	<input type="checkbox"/> nein *) <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja **)	€
	Kind	<input type="checkbox"/> nein *) <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja **)	€
<b>d</b>	<b>in Geburtsfällen und bei Adoption</b>	<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuß für die Säuglings- und Kleinkindausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO (bitte Kopie der Geburtsurkunde beilegen) Ist die Mutter im öffentlichen Dienst beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>e</b>	<b>bei Unfällen</b>	Folgende Aufwendungen wurden durch einen Unfall verursacht (dazu gehören auch Sport-, Spiel-, Schul- und häusliche Unfälle): Beleg Nr. _____ Drittverschulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte kurze Unfallschilderung beifügen oder bei <b>Drittverschulden</b> besonderen Vordruck <b>Unfallbericht</b> ausfüllen.  <b>Dienstunfälle werden von der Personalabteilung bearbeitet.</b>		

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, daß ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sowie den nachträglichen Wegfall von Kindergeld bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

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

Für geltend gemachte Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Ich bin damit einverstanden, daß meine Antragsdaten zum Zwecke der Antragsbearbeitung elektronisch gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin