



Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Postfach 1570
26585 Aurich

Antragsdatum	
Personalnummer	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer (freiwillig)	

Antrag auf pauschale Beihilfe nach § 80 a des Niedersächsischen Beamtengesetzes (NBG)

Beihilfeberechtigter Antragsteller		
1 Angaben zu meinem Krankenversiche- rungsverhältnis	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhalten Sie bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigelegt <input type="checkbox"/> Nein

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte / Lebenspartner)		
2 Angaben zum Krankenversiche- rungsverhältnis meiner / meines berücksichti- gungsfähigen Ehegattin/ Ehegatte/ Lebenspartner/in	Name, Vorname, Geburtsdatum	
	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie ist die Person versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhält die Person bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigelegt <input type="checkbox"/> Nein
Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EstG) oder der vergleichbaren ausländischen Einkünfte der Person im zweiten Kalenderjahr vor der Antragsstellung 20.000 Euro?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Nachweis ist beigelegt.	



Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)		
3 Angaben zum Krankenversiche- rungsverhältnis meines berücksichtigungs- fähigen Kindes	Name, Vorname, Geburtsdatum	
	Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	
	Wie ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über mich <input type="checkbox"/> privat versichert
	Höhe des Krankenversicherungsbeitrags	_____ Euro monatlich
	Erhält das Kind bereits einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?	<input type="checkbox"/> Ja, Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> nein
Sollten Sie Angaben für weitere Kinder machen wollen, so fügen Sie die entsprechenden Angaben bitte im Vordruck 2201a bei.		

4 Nachweise	Folgende Unterlagen füge ich als Nachweis zu meinem Antrag auf pauschale Beihilfe bei
	<input type="checkbox"/> Nachweis über Art, Umfang und Höhe meiner Krankheitskostenvollversicherung.
	Zu meiner privaten Krankheitskostenvollversicherung füge ich einen Nachweis meines Krankenversicherungsunternehmens bei, wonach das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V erfüllt.
	<input type="checkbox"/> Nachweis über Art, Umfang und Höhe der Krankheitskostenvollversicherung meines / meiner Ehegattin/ Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartners / Lebenspartnerin.
	<input type="checkbox"/> Nachweis über Art, Umfang und Höhe der Krankheitskostenvollversicherung meiner berücksichtigungsfähigen Kinder.
	<input type="checkbox"/> Nachweis über die Einkünfte der Ehegatten oder Lebenspartner im zweiten Kalenderjahr vor Antragstellung (Einkommenssteuerbescheid)
	<input type="checkbox"/> Nachweis über einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag von einem Arbeitgeber, einem Sozialleistungsträger, aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses.



5 Erklärung und Unterschrift	<p>Ich beantrage die Gewährung einer pauschalen Beihilfe nach § 80a Niedersächsisches Beamtenengesetz (NBG). Ich verzichte damit für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen <u>unwiderruflich</u> auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe nach § 80 NBG mit Ausnahme einer Beihilfe zu Aufwendungen für die Pflege. Das Informationsblatt zur pauschalen Beihilfe habe ich als Anlage erhalten, gelesen und verstanden.</p> <p>Ich versichere, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Gewährung der pauschalen Beihilfe sind und dass ich jede Änderung in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags und / oder meiner persönlichen Verhältnisse (z.B. Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfangs, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag) sofort der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch anzuzeigen habe.</p>
	Datum und Unterschrift