

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe (ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

Antragsteller/in: Name, Vorname	Beihilfenummer	Besoldungsgr.	Geburtsdatum
			Dienststelle
			Telefonnummer dienstlich
			Telefonnummer privat

**Rektor / Kanzler der RWTH
Hochschulbeihilfestelle
- 010830 -
Templergraben 86
52056 Aachen**

☐ Ich wünsche die Zusendung eines neuen Beihilfeformulars

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

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

Datum, Unterschrift

Ist dies ein **Erstantrag**, bzw. haben sich **Änderungen zu Nr. 1 und/oder Nr. 2** gegenüber den Angaben in Ihrem Beihilfeantrag ergeben?

☐ Ja Bitte nachfolgend 1) Bankverbindung und/oder 2) Adresse angeben.

1) Bankverbindung

Bankleitzahl	Geldinstitut	Kontonummer

2) Adresse

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 zum Familienstand / zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen**☐ ledig

Verheiratet seit

Geschieden seit

Verwitwet seit

Getrennt lebend seit

Eingetragene Lebenspartnerschaft seit

☐ aufgehoben seit:

Name, Vorname	Geburts-Datum 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 6)	Von TT.MM.JJJJ	Bis TT.MM.JJJJ
Ehegatte / Ehegattin / Eingetragene/r Lebenspartner/in (E)						
Kind 1 (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 5 (K5)		<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 Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenversicherung						
	Normaltarif	Basistarif	Kostenerst.	freiwillig	pfl.-	familienversichert	über	als Rentner/in	seit
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/-in / eingetragene/r Lebenspartner/-in (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 Bescheinigungen beifügen.)

Name, Vorname	Zeitpunkt TT.MM.JJJJ

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem/r berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

☐ Nein ☐ Ja Bitte angeben:

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 angeben:

Name, Vorname TT.MM.JJJJ
am:
am:

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte der/des Ehegatten/-gattin, der/des eingetragenen Lebenspartners/-partnerin

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) der/des **Ehegatten/-gattin, der/des eingetragenen Lebenspartners/-partnerin** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? (Bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag) s. auch Anmerkung 5

☐ 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 arbeitsvertragliche Vereinbarungen?

☐ Nein ☐ Ja Bitte angeben:

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 und Belegnummern 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 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

Die **Behandlung** erfolgte **durch einen nahen Angehörigen**,
hierzu zählen: Ehegatte/-gattin, eingetragene/r Lebenspart-
ner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei
Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Ge-
schwister, Großeltern, Verschwägte ersten Grades sowie
Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

☐ ja Bitte Belege und Belegnummern oben rechts
mit **A** 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 der 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, sofern diese der Beihilfestelle noch nicht vorliegt.
- 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 01.01.2004 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 unterlegen 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 der 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 Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten.

Beihilfe-Nr.: _____

1. Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

AB	= Ärztliche Behandlung
ZB	= Zahnbehandlung
RP	= Arznei- und sonstige Heilmittel
KB	= Kieferorthopädische Behandlung
KH	= Stationäre Krankenhausbehandlung
SR	= Stationäre Rehabilitationsmaßnahme
MVK	Stationäre Mutter- / Vater- Kindkur
AK/	= ambulante Kur- und
AR	Rehabilitationsmaßnahme
HM	= Hilfsmittel (Brille, Hörgerät , etc.)
BF	= Beförderungskosten
BK	= Bestattungskosten
ZE	= Zahnersatz
SO	= Sonstiges

2)

Reihenfolge in der Zusammenstellung der Aufwendungen

- nach Personen
- innerhalb der Belege für die einzelnen Personen nach Rechnungsdatum

[illegible]