

# Beihilfeantrag

1. <b>Aktenzeichen</b> (Bitte dem letzten Bescheid entnehmen)		Straße, Hausnummer			
<b>Antragsteller/in</b> (Name, Vorname)		Geburtsdatum			
<b>Dienstherr bzw. ehemaliger Dienstherr bzw. Arbeitgeber</b>		Telefon dienstl. ( )	Telefon privat ( )		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">                 Versorgungskasse Oldenburg                  - Beihilfestelle -                  Nadorster Str. 155                  26123 Oldenburg             </div>		Postleitzahl, Wohnort			
		E-Mail Adresse			
		<b>Vorname des/r Ehegatten/in</b>		Geburtsdatum	
		Versorgungsempfänger		<input type="checkbox"/> seit _____	
		Beamter auf Probe / Lebenszeit / Zeit		<input type="checkbox"/>	
		Beamter auf Widerruf		<input type="checkbox"/>	
Tarifbeschäftigte		<input type="checkbox"/>			
<b>Bitte immer ausfüllen! (Pflichtfelder)</b>					

Zutreffendes bitte immer  ankreuzen, vollständig und deutlich ausfüllen. Datumsformat = tt.mm.jjjj. Bei erstmaliger Antragstellung: Bitte sämtliche Fragen vollständig beantworten! Bei wiederholter Antragstellung: Überlegen Sie genau, ob sich bei den Punkten 1-4 Änderungen ergeben haben!

Nein, Änderungen sind nicht eingetreten. Weiter bei Rand-Nr. 5       Ja, folgende Änderungen zu Rand-Nr. 2 bis 4:

2. Bankverbindung, auf die die Beihilfe überwiesen werden soll

IBAN:	bei:	BIC:
-------	------	------

3. Im Familienzuschlag, Ortszuschlag bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Vorname <small>(ggf. abweichender Familienname Stiefkind / Adoptivkind / Enkelkind)</small>	Geburtsdatum	bei Kindern über 18 Jahren bitte angeben:		Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit	
		<small>z. B. Schulbesuch, Berufsausbildung, Studium</small>	seit	seit / von	bis
1. Kind					
2. Kind					
3. Kind					
4. Kind					

Bei Kindern über 18 Jahren bitte Kindergeldfestsetzung (Kopie) beifügen

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

Personen	Kurzbezeichnung der Krankenversicherung oder Krankenkasse (bei Versicherungswechsel Beginn und Ende der Versicherungsverhältnisse angeben)	Private Krankenversicherung 1)			Gesetzl. Krankenkasse oder Ersatzkasse					nicht versichert	
		Prozenttarife			Basistarif	Teilkosten-erstattung	pflicht-versichert	rentner-pflicht-versichert (KVdR)	frei-versichert		fami-lien-versichert
		ambulant %	stationär %	Zahnbeh./Zahnersatz %							
Antragsteller/in				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/in				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte eine aktuelle Versicherungsbescheinigung beifügen.

<p>5. <b>Werden Ihnen Zuschüsse oder Arbeitgeberanteile zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt?</b></p> <p>Wenn ja, wem? in welcher Höhe? von wem?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antragsteller</td> <td>mtl. _____ Euro</td> <td><input type="checkbox"/> Rentenvers.träger</td> <td><input type="checkbox"/> Arbeitgeber</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ehegatte</td> <td>mtl. _____ Euro</td> <td><input type="checkbox"/> Rentenvers.träger</td> <td><input type="checkbox"/> Arbeitgeber</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kind</td> <td>mtl. _____ Euro</td> <td><input type="checkbox"/> Rentenvers.träger</td> <td><input type="checkbox"/> Arbeitgeber</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kind</td> <td>mtl. _____ Euro</td> <td><input type="checkbox"/> Rentenvers.träger</td> <td><input type="checkbox"/> Arbeitgeber</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Antragsteller	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ehegatte	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Kind	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Kind	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<input type="checkbox"/> Antragsteller	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber														
<input type="checkbox"/> Ehegatte	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber														
<input type="checkbox"/> Kind	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber														
<input type="checkbox"/> Kind	mtl. _____ Euro	<input type="checkbox"/> Rentenvers.träger	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber														
<p>6. <b>Von allen Beihilfeberechtigten auszufüllen, die in einem Arbeits-, Ausbildungs- oder Dienstverhältnis stehen, also nicht von den Versorgungsempfängern:</b></p> <p>Ich bin bei meinem derzeitigen Dienstherrn / Arbeitgeber</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> vollbeschäftigt</td> <td>seit _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> befristet beschäftigt</td> <td>ggf. ausgeschieden am _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt</td> <td>mit _____ Wochenstunden _____ %</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Altersteilzeit</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Elternzeit</td> <td>vom _____ bis _____</td> </tr> </table> <p>ohne Dienstbezüge beurlaubt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Wenn ja,</b> vom _____ bis _____</p>	<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt	seit _____	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt	ggf. ausgeschieden am _____	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	mit _____ Wochenstunden _____ %	<input type="checkbox"/> Altersteilzeit		<input type="checkbox"/> Elternzeit	vom _____ bis _____							
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt	seit _____																
<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt	ggf. ausgeschieden am _____																
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	mit _____ Wochenstunden _____ %																
<input type="checkbox"/> Altersteilzeit																	
<input type="checkbox"/> Elternzeit	vom _____ bis _____																
<p>7. <b>Machen Sie Aufwendungen für Ihren Ehegatten geltend?</b></p> <p>Wenn ja, überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (Lt. Steuerbescheid) Ihres Ehegatten im Vorvorkalenderjahr den Betrag von 18.000 € ? <b>Die Höhe des Einkommens ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.</b> (z.B. Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>																
<p>8. <b>Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften? Bitte Nachweis beifügen!</b></p> <p>(z.B. Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz als Schwerekriegsbeschädigter oder Witwe, Heilfürsorge als Feuerwehr-, Polizeibeamter oder als Soldat, nach dem Soldatenversorgungsgesetz für eine Wehrdienstbeschädigung, aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen?)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wer _____</p> <p>Beleg-Nr.: _____</p>																
<p>9. <b>Haben Sie eine weitere eigene Beihilfeberechtigung oder hat ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine eigene Beihilfeberechtigung?</b></p> <p>Wenn ja, aufgrund</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> - beamtenrechtlicher Versorgung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> - einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst</td> </tr> <tr> <td>    <input type="checkbox"/> - als Beamter</td> </tr> <tr> <td>    <input type="checkbox"/> - als Arbeitnehmer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> - einer sonstigen Beschäftigung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> - beamtenrechtlicher Versorgung	<input type="checkbox"/> - einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/> - als Beamter	<input type="checkbox"/> - als Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> - einer sonstigen Beschäftigung	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wer _____</p>											
<input type="checkbox"/> - beamtenrechtlicher Versorgung																	
<input type="checkbox"/> - einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst																	
<input type="checkbox"/> - als Beamter																	
<input type="checkbox"/> - als Arbeitnehmer																	
<input type="checkbox"/> - einer sonstigen Beschäftigung																	
<p>10. <b>Sind Angehörige (z.B. ein Kind) bei einem anderen Beihilfeberechtigten (z.B. dem anderen auch beihilfeberechtigten Elternteil) ebenfalls berücksichtigungsfähig?</b></p> <p>(Aufwendungen für diese Angehörigen bitte mit Originalbelegen geltend machen!)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wer _____</p>																
<p>11. <b>Beruhen Aufwendungen auf einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?</b></p> <p>Wenn ja, handelt es sich um einen</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dienstatunfall (Aufwendungen nicht beihilfefähig Ansprüche beim Dienstherrn geltend machen.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten, Schulbesuch, Studium</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> um ein anderes schädigendes Ereignis</td> </tr> </table> <p>Schaden Nr.: _____</p> <p>Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?</p> <p>Wenn ja, Name, Anschrift und Aktenzeichen des Ersatzpflichtigen / Kostenträgers und ggf. die ermittelnde Polizeidienststelle angeben.</p>	<input type="checkbox"/> Dienstatunfall (Aufwendungen nicht beihilfefähig Ansprüche beim Dienstherrn geltend machen.)	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten, Schulbesuch, Studium	<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> um ein anderes schädigendes Ereignis	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beleg-Nr.: _____</p> <p>Aussagefähige Unfallschilderung beifügen (ggf. Kopie der Unfallschilderung für die Krankenversicherung)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>										
<input type="checkbox"/> Dienstatunfall (Aufwendungen nicht beihilfefähig Ansprüche beim Dienstherrn geltend machen.)																	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall																	
<input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit																	
<input type="checkbox"/> Unfall im Zusammenhang mit Kindergarten, Schulbesuch, Studium																	
<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich																	
<input type="checkbox"/> um ein anderes schädigendes Ereignis																	
<p>12. <b>Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung geltend gemacht?</b></p> <p>(Nahe Angehörige sind Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, -töchter, Schwäger, -innen, Schwiegereltern und Geschwister des Behandelten)</p> <p>Wenn ja, um welche Aufwendungen handelt es sich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Beleg-Nr.: _____</p>																
<p>13. <b>Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt wurden?</b></p> <p>Wenn ja, um welche Aufwendungen handelt es sich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nachweis beifügen</p> <p>Beleg-Nr.: _____</p>																

- 14. Allgemeine Hinweise (bitte beachten)**
1. Für jede Aufwendung ist ein **Beleg beizufügen** (Original oder Zweitschrift bzw. von der Apotheke bestätigte Rezeptkopie).
  2. Für die Aufwendungen eines Kindes, das berücksichtigungsfähiger Angehöriger mehrerer Beihilfeberechtigter ist, hat nur die oder der Beihilfeberechtigte Anspruch auf Beihilfe, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält.
  3. Rehabilitationsmaßnahmen, ambulant oder stationär, Mutter/Vater - Kind - Kuren und ambulante psychotherapeutische Maßnahmen müssen **vor** Behandlungsbeginn durch die Versorgungskasse Oldenburg anerkannt werden.
  4. Bei **Heil- und Hilfsmitteln sowie Heilbehandlungen u.ä.** wird die vorherige schriftliche Verordnung eines Arztes benötigt.
  5. Bei **Krankenhaus- und Pflegeheimkosten** fügen Sie bitte stets auch die **Pflegekostentarife** bei. Bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung bitte den **Leistungsbescheid** der Pflegekasse mit vorlegen.
  6. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem Rechnungs- bzw. Kaufdatum und dem Antragseingang bei der Versorgungskasse Oldenburg nicht mehr als **1 Jahr** liegt.
  7. Bei Anträgen mit Aufwendungen von **weniger als 100 Euro** (Bagatellgrenze) wird nur dann eine Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen aus 10 Monaten **15 Euro** übersteigen (für Tarifpersonal gilt eine Bagatellgrenze von 15 Euro).
  8. Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen für eine private Krankenversicherung ein Beitragszuschuss **von mindestens 41,00 Euro** gewährt, verringert sich der Beihilfebemessungssatz um 20 v.H.; dies gilt nicht bei Beihilfeberechtigten während der Elternzeit.
  9. Wird zu den Krankenversicherungsbeiträgen für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse ein Beitragszuschuss **von weniger als 21,00 Euro** gewährt, erhöht sich der Beihilfebemessungssatz auf 100 v.H. der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen.
  10. Nach dem Tode des Beihilfeberechtigten erhalten der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Es sind **Originalbelege und Zahlungsnachweise** einzureichen.

**15. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.**

**Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich Preisermäßigungen oder -nachlässe sowie Kostenerstattungen - auch nachträglich - sofort der Versorgungskasse Oldenburg schriftlich mitzuteilen habe.**

**Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher Beihilfen nicht beantragt, auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle oder durch eine andere Person. Ich habe jedoch auf die beantragte Beihilfe eine Abschlagszahlung**

**in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro mit Beihilfebescheid vom \_\_\_\_\_ erhalten.**

**16.**

Datum	Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten oder der / des Bevollmächtigten
	Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei

**17. Zusammenstellung der Aufwendungen - bitte unbedingt sortieren nach Antragsteller(in) (A), Ehegatte (E), Kind(ern) (K)**  
(vom Antragsteller auszufüllen)

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	A, E oder K	Name des Arztes / Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel u. ä.)	Rechnungsbetrag - Euro -	Kostenerstattung von anderer Seite	
					in %	oder in Euro
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	A, E oder K	Name des Arztes / Art der Leistung (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Rezept, Hilfsmittel u. ä.)	Rechnungs-betrag - Euro -	Kostenerstattung von anderer Seite	
					in %	oder in Euro
1	2	3	4	5	6	7
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						