

## **Ausfüllhilfe für den Vordruck *Antrag auf Zahlung einer Beihilfe (Anlage 5)***

### **Allgemeines**

Dieser Antrag ist auszufüllen

- bei erstmaliger Antragstellung nach Einstellung
- bei erstmaliger Antragstellung nach Eintritt in den Ruhestand
- bei erstmaliger Antragstellung als verwitwete Person
- bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen
- bei Änderungen der Bankverbindung/ Adresse
- bei unfallbedingten Aufwendungen

Sie können den Antrag direkt am PC oder handschriftlich ausfüllen.

Fügen Sie dem Antrag Kopien von Rechnungen und Rezepten bei. Reichen Sie keine Originale ein, da diese nicht zurückgesandt, sondern nach Bearbeitung vernichtet werden.

Die Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungsdatum beantragt wird (§ 13 Absatz 3 BVO).

Die Postadresse für alle an die Beihilfestelle gerichteten Anträge oder Schreiben lautet:

Zentrale Scanstelle  
Beihilfe  
32746 Detmold

Eine Antragstellung per Telefax ist nicht zulässig. Eine Einreichung per Beihilfe-App ist nur bei Kurzanträgen möglich.

Bitte beachten Sie auch die weiteren Hinweise auf Seite 4 des Vordrucks

Bitte prüfen Sie nach Erhalt des Beihilfebescheides, ob Ihre Kosten zutreffend abgerechnet wurden. Offensichtliche Fehler lassen sich im Regelfall bereits durch einen Anruf bei Ihrer Beihilfestelle unbürokratisch beseitigen.

Auch Fragen zum Beihilferecht können oftmals durch ein Telefonat geklärt werden. Durch den so vermiedenen Schriftverkehr tragen Sie zu einer zügigen Bearbeitung der Beihilfeanträge bei. Sie erreichen uns von Mo – Fr von 7:00 Uhr – 16.00 Uhr unter der Rufnummer 0211/6023-06.

Eine Übersicht über die Bestimmungen zum Beihilferecht finden Sie in den entsprechenden Merkblättern. Die Internetadresse lautet: <https://www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/merkblaetter>

**Antrag auf Zahlung einer Beihilfe**

**Anlage 5**

Antragsteller/in Name, Vorname	Beihilfenummer	Geburtsdatum
<b>1</b>		
<small>bei Erstantrag frei lassen</small>		
<b>Zentrale Scanstelle Beihilfe 32746 Detmold</b>	Dienststelle	<b>2</b>
	E-Mailadresse dienstlich	
	E-Mailadresse privat ( <i>freiwillige Angabe</i> )	
	Telefonnummer dienstlich	
	Telefonnummer privat ( <i>freiwillige Angabe</i> )	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)		

- (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.
- (2) Bei erstmaliger Antragstellung nach Eintritt in den Ruhestand sind keine Angaben zur Dienststelle erforderlich.

**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)
<b>3</b>	<b>4</b> , - €	<b>5</b>

- (3) Der Antrag muss von der beihilfeberechtigten Person - oder einer bevollmächtigten Person- persönlich unterschrieben sein.  
Bitte ggfs. eine Kopie der Vollmacht beifügen. Ein entsprechendes Formular finden Sie unter [www.lbv.nrw.de](http://www.lbv.nrw.de).



Vordrucke für den Bereich Beihilfe

- (4) Für die Angabe des Gesamtbetrags der Aufwendungen genügt eine Angabe in vollen €-Beträgen. Bitte runden Sie entsprechend auf!
- (5) Die Anzahl der Belege ergibt sich aus der Anzahl der Rechnungsvorgänge, d. h. eine z.B. mehrseitige Rechnung gilt als ein Beleg.

<p>Es werden <b>Pflegeaufwendungen</b> nach §§ 5 ff. BVO NRW geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja (Bitte zusätzlich Anlage „Pflege“ ausfüllen.) <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?</b> <span style="color: red; font-weight: bold;">6</span> <input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte ausfüllen:</b> <input type="checkbox"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>IBAN:</b> Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte</td> <td style="width: 30%;"><b>BIC</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p><b>Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert?</b> <input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte ausfüllen:</b> <input type="checkbox"/> Nein</p> <p style="font-size: small;">Straße, Hausnummer <span style="float: right;">Postleitzahl, Ort</span></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>IBAN:</b> Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte	<b>BIC</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>										<p>(6) Bei erstmaliger Antragstellung 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 hier eingetragene Bankverbindung von Ihrem Bezügekonto abweichen, teilen Sie uns dies bitte in einem formlosen Schreiben mit. In diesem Falle wird ein Beihilfekonto eingerichtet. Das formlose Schreiben bedarf zwingend der Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder deren bevollmächtigter Person. Für Letzteres muss sich die Vollmacht ausdrücklich auch auf die Änderung des Zahlungsweges erstrecken.</p> <p>Möchten Sie mit diesem Antrag lediglich die Änderung Ihrer Bankverbindung anzeigen, gilt o.g. entsprechend.</p>
<b>IBAN:</b> Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte	<b>BIC</b>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
<p><b>Bei wiederholter Antragstellung:</b> <span style="color: red; font-weight: bold;">7</span> Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber dem letzten Beihilfeantrag ergeben?  <input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen</b>  <input type="checkbox"/> Nein <b>Bitte weiter bei Nummer 7</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><b>1 Angaben zum Beschäftigungsumfang</b> <span style="color: red; font-weight: bold;">8</span></p> <p>Vollbeschäftigung:  <input type="checkbox"/> Ja <b>Nur Tarifbeschäftigte:</b>                      Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja vom <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/>                      Grund: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein Zahl der Wochenstunden: <input style="width: 50px;" type="text"/> bei Änderung bitte ausfüllen: seit: <input style="width: 50px;" type="text"/> volle Stundenzahl: <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p><b>1 Angaben zum Beschäftigungsumfang</b> <span style="color: red; font-weight: bold;">8</span></p> <p>Vollbeschäftigung:  <input type="checkbox"/> Ja <b>Nur Tarifbeschäftigte:</b>                      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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja vom <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/>                      Grund: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>(7) Falls Sie mit dem vorliegenden Formular lediglich eine Änderungen der Anschrift oder der Bankverbindung mitteilen möchten, ist ein weiteres Ausfüllen (Nummern 1 – 9) <u>nicht</u> erforderlich.</p> <p>(8) Dieses Feld ist nur von aktiven Beamten auszufüllen.</p>										
<p><b>1 Angaben zum Beschäftigungsumfang</b> <span style="color: red; font-weight: bold;">8</span></p> <p>Vollbeschäftigung:  <input type="checkbox"/> Ja <b>Nur Tarifbeschäftigte:</b>                      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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja vom <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/>                      Grund: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>												

<b>2 Angaben zu Angehörigen</b>					
Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (s. Anmerkung 5) steht zu:	seit TT.MM.JJJJ	Angehörige/r hat einen eigenen Beihilfeanspruch	seit TT.MM.JJJJ
		mir                      anderem Elternteil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Ehegatte/Ehegattin/ eingetragene/r Lebenspartner/in (E) <span style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">10</span>		11		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	

(10) Für nicht selbst beihilfeberechtigte geehelichte Personen / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende Personen kann eine Beihilfe gezahlt werden, wenn die Einkünfte einen bestimmten Betrag nicht übersteigen. Schauen Sie hierzu auf Nummer 6 im Langantrag.  
Bitte fügen Sie eine Kopie der Krankenversicherungsbescheinigung bei.

(11) Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern ist an die Zahlung des Familienzuschlags gebunden.  
Ist ein Kind bei mehreren der beihilfeberechtigten Personen im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur die beihilfeberechtigte Person gezahlt, der den entsprechenden Anteil im Familienzuschlag erhält.

<b>3 Krankenversicherungsschutz / Anspruch auf freie Heilfürsorge</b> <span style="float: right; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">12</span>									
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.	kostenlos	freiwillig	pflicht-	familienversichert über	als Rentner	
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

(12) 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 und nach Eintritt in den Ruhestand ist dem Antrag eine Versicherungsbescheinigung beizufügen.

**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 **13**  Ja  Nein  
des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 Euro überstiegen?  
s. **Anmerkung 6.1**  Noch nicht absehbar

Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? **14**  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 **13**  Ja  Nein  
des/der Ehegatten/Ehegattin / eingetragenen Lebenspartners/Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?  
s. **Anmerkung 6.2**  Noch nicht absehbar

Wird diese Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? **14**  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) **15**

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?** **16**

Nein  Ja (Bitte Belege mit U kennzeichnen.)

Es handelt sich um einen	<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im Kindergarten	Die Unfallschilderung liegt bei	liegt bereits vor
	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall in der Schule		
	<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich	<input type="checkbox"/> Unfall beim Studium		

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein  Ja (Bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

**(13)** Die Aufzählung der relevanten Einkunftsarten entnehmen Sie bitte den Anmerkungen unter Punkt 6 auf Seite 4 des Antragformulars.

Für nicht selbst beihilfeberechtigte gehelichte Personen / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende Personen kann eine Beihilfe gezahlt werden, wenn

- ab 01.01.2022:  
deren Gesamtsumme der Einkünfte im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 € nicht übersteigen.
- bis 31.12.2021:  
deren Gesamtbetrag der Einkünfte im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 € nicht übersteigen.

Bitte fügen Sie ggfs. eine Kopie des Einkommensteuerbescheides bei.

**(14)** Sofern der Betrag noch nicht festgestellt werden kann, steht die Beihilfefestsetzung unter dem Vorbehalt, dass die Grenze von 18 000 Euro bzw. 20 000 Euro nicht überschritten wird.

**(15)** Vorrangige Ansprüche nach sonstigen Rechtsvorschriften können den Anspruch auf Beihilfe ausschließen oder einschränken. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht.

**(16)** Die Beihilfestelle muss prüfen, ob und in wieweit 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 Formblatt »Unfallbericht« aus.

Bitte kennzeichnen Sie die entsprechenden Belege mit einem U (für Unfall) auf der rechten oberen Seite der jeweiligen Rechnung.

<p><b>9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?</b> <span style="float: right;"><b>17</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte ausfüllen)</p> <p>Die <b>Behandlung</b> erfolgte <b>durch eine/n nahen Angehörige/n</b>, hierzu zählen: Ehegatte/Ehegattin, eingetragene/r Lebenspartner/in, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person. <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Belege oben rechts mit <b>A</b> kennzeichnen.)</p> <hr/> <p>Es wurden oder werden <b>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)</b> in Anspruch genommen <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Belege oben rechts mit <b>G</b> kennzeichnen.)</p>	<p>(17) 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><b>10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen</b></p> <p>Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO NRW wird beantragt <input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><b>18</b></span></p>	<p>(18) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung erhalten Sie einen Zuschuss in Höhe von 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>