

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Antragsteller/in Name, Vorname	Beihilfenummer	Geburtsdatum
Gemeinsame Versorgungskasse für Pfarrer und Kirchenbeamte Postfach 10 41 62 44041 Dortmund	Dienststelle oder Schule	
	E-Mailadresse dienstlich	
	E-Mailadresse privat – freiwillige Angaben	
	Telefonnummer dienstlich	
	Telefonnummer privat – freiwillige Angaben	

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)

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 Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt (s. Anmerkungen 1, 4 und 7).

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO). Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt unter Einhaltung des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD).

Datum	Unterschrift	Gesamtbetrag der Aufwendungen	Anzahl der Belege (s. Anmerkung 7)
_____	_____	ca. _____ €	_____

Bitte beachten: Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff BVO geltend machen, verwenden Sie bitte den Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe.

Ist dies ein Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert? Nein Ja

Falls ja, bitte ausfüllen:

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____

Erstantrag oder hat sich die Adresse geändert, an welche der Bescheid gesandt wird? Nein Ja

Falls ja, bitte ausfüllen:

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
_____	_____	_____

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu Nr. 1. bis 5. gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

- Ja Bitte Nr. 1. bis 8. vollständig ausfüllen
 Nein Bitte weiter bei Nr. 6

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 zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Person	Name/ Vorname	Geburts- Datum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkungen 2 & 3)	Anderem Elternteil steht der kinder- bezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufsunfähig- keit usw. (s. Anmerkungen 6)	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
Ehegatte / eingetr. Lebenspartner							
Kind 1 (K 1)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K 2)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K 3)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K 4)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 5 (K 5)			<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 Krankenvers.		Gesetzliche Krankenversicherung				
	Normaltarif	Basistarif	Kostenerst.	freiwillig	pflicht-	familienversichert über	als Rentner seit
Antragsteller*in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ehegatte /eingetr. Lebenspartner (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"/>
K2	<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"/>
K3	<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"/>
K4	<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"/>
K5	<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 Wechsel stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt (TT.MM.JJJJ)

4. Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein Ja Falls ja, bitte ausfüllen

Name, Vorname TT.MM.JJJJ

_____ am: _____

_____ am: _____

5. Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 €?(siehe Anmerkung 5) Ja Nein
 noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten? Ja Nein
 noch nicht absehbar

6. 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 Falls ja, bitte ausfüllen:

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Nein Ja Bitte Belege mit U kennzeichnen

Es handelt sich um einen Dienstanfall 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 Falls ja, bitte den besonderen Vordruck Unfallbericht ausfüllen.

8. Werden Aufwendungen aus den nachfolgenden genannten Bereichen geltend gemacht?

Nein Ja Falls ja, bitte ausfüllen

Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen, hierzu zählen: Ehegatten / eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Ja Bitte Belege oben rechts mit A kennzeichnen

Es wurden oder werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Anspruch genommen.

Ja Bitte Belege oben rechts mit G kennzeichnen

9. 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. zzgl. 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.
3. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
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, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32 d 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. 5 a EStG). Die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach dem § 22 Nr. 1 S. 5 Bstb. a) EStG und dem Bruttobetrag bei erstmaligem Rentenbezug ab dem 01.01.2022, sowie ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d EStG werden den Einkünften hinzugerechnet.
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
- familienpolitischer Urlaub =	FU	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	AL
- Rentenbezieher/in =	RE	- Wehrdienst / Zivildienst =	WD / ZD
- berufstätig =	BT		
7. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.