



Beihilfenummer (wenn bereits bekannt)

Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Beihilfekasse
Postfach 8209
48044 Münster

Erstantrag auf Zahlung einer Beihilfe

Bitte verwenden Sie den Erstantrag auf Zahlung einer Beihilfe, wenn es sich um Ihren ersten Antrag bei der kvw-Beihilfekasse handelt. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird.

Bitte beachten: Sofern Sie Pflegeaufwendungen geltend machen wollen, verwenden Sie bitte zusätzlich den Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe. Anträge und Formulare finden Sie auf unsere Homepage unter www.kvw-muenster.de/de/beihilfe/service/antraege-und-formulare.

A. Persönliche Angaben

1. Kontaktdaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (dienstlich / privat) (freiwillige Angabe)

E-Mail (dienstlich / privat) (freiwillige Angabe)

2. Bankverbindung

IBAN

BIC

3. Familienstand (Nachweis bitte beifügen)

ledig

verheiratet

eingetragene Lebenspartnerschaft

getrenntlebend mit Unterhaltsverpflichtung

getrennt lebend ohne Unterhaltsverpflichtung

geschieden

verwitwet

seit _____



B. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

1. Angaben zum Dienstherrn bzw. Arbeitgeber

Dienstherr bzw. Arbeitgeber _____ seit _____

Bei Polizeikräften:
Polizeipräsidium / -behörde _____ Ort der Dienststelle _____

Bei Lehrkräften im Landesdienst:
Schulbehörde (Kreis oder kreisfreie Stadt) _____ Name und Ort der Schule _____

Grundschule Verbundschule Sekundarschule
 Hauptschule Förderschule Sonstige _____

2. Status der Beihilfeberechtigung (Nachweis bitte beifügen)

Beamter:Beamtin _____ seit _____
 auf Widerruf bis _____ auf Probe bzw. Lebenszeit auf Zeit bis _____

Versorgungsempfänger:in _____ seit _____
 ehemals Beamter:Beamtin Witwe:r Waise Emeritus:Emerita

Tarifbeschäftigte:r _____ seit _____
 Sondervertrag mit einzelvertraglichen Ansprüchen:
während der Beschäftigungszeit nach
 BVO NRW BVO NRW (ohne Pflege) BVOTb NRW
nach der Beschäftigungszeit nach
 BVO NRW BVO NRW (ohne Pflege) BVOTb NRW

3. Beschäftigungsumfang (Nachweis bitte beifügen)

Vollzeitbeschäftigung
 Teilzeitbeschäftigung Zahl der Wochenstunden: _____ seit _____
 Beurlaubung in den letzten 24 Monaten

4. Besoldungs-/Entgeltgruppe

_____ seit _____

5. Krankenversicherungsschutz (Nachweis bitte beifügen)

Private Krankenversicherung
 Gesetzliche Krankenversicherung
 freiwillig versichert pflichtversichert
 als Rentner:in seit _____
 Kostenerstattungsverfahren
 Freie Heilfürsorge
 Zusatzversicherung/Auslandskrankenversicherung



C. Angaben zu Angehörigen

1. Ehegattin:Ehegatte / eingetragene:r Lebenspartner:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Eigene Beihilfeberechtigung

- nein ja als Beamter:Beamtin
 als Versorgungsempfänger:in
 als Tarifbeschäftigte:r (aktuelles Arbeitsverhältnis wurde vor dem 01.01.1999 begründet und besteht seitdem ununterbrochen fort)

Summe der Einkünfte (Nachweis bitte beifügen)

Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes) der:des Ehegattin:Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnerin:Lebenspartners im Kalenderjahr 2024 die Einkünftegrenze von 23.001 €?²

- ja nein noch nicht absehbar

Wird diese Einkünftegrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

- ja nein noch nicht absehbar

Krankenversicherungsschutz (Nachweis bitte beifügen)

- Private Krankenversicherung
 Gesetzliche Krankenversicherung
 freiwillig versichert pflichtversichert
 familienversichert über Antragsteller:in
 als Rentner:in seit _____
 Kostenerstattungsverfahren
 Freie Heilfürsorge
 Zusatzversicherung/Auslandskrankenversicherung

2. Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (Nachweise bitte beifügen)

- steht mir zu steht anderem Elternteil zu

Krankenversicherungsschutz (Nachweis bitte beifügen)

- Private Krankenversicherung
 Gesetzliche Krankenversicherung
 freiwillig versichert pflichtversichert
 familienversichert über Antragsteller:in familienversichert über anderen Elternteil
 als Rentner:in seit _____
 Kostenerstattungsverfahren
 Freie Heilfürsorge
 Zusatzversicherung/Auslandskrankenversicherung



3. Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag (Nachweise bitte beifügen)

- steht mir zu steht anderem Elternteil zu

Krankenversicherungsschutz (Nachweis bitte beifügen)

- Private Krankenversicherung
 Gesetzliche Krankenversicherung
 freiwillig versichert pflichtversichert
 familienversichert über Antragsteller:in familienversichert über anderen Elternteil
 als Rentner:in seit _____
 Kostenerstattungsverfahren
 Freie Heilfürsorge
 Zusatzversicherung/Auslandskrankenversicherung

Hinweise:

- Bitte legen Sie keine Originalbelege vor, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
- Einkünfte nach § 2 Abs. 2 und 5a 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 § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG). Die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nr. 1 S. 5 Bstb. a) EStG und dem Bruttobetrag bei erstmaligen Rentenbezug ab dem 1.1.2022 sowie ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d EStG, werden den Einkünften hinzugerechnet.

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. Auch werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die von Ehegattinnen:Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner:innen, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind. Die geltend gemachten Aufwendungen sind nicht durch einen Unfall entstanden und hierfür bestehen keine Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen. Ebenso wurde für die geltend gemachten Aufwendungen eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (Rechtsgrundlage: §§ 3 und 12 BVO NRW).

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der Aufwendungen

Anzahl der Belege

_____ €

(freiwillige Angabe)

(freiwillige Angabe)