

Personenstammbuch

(kein Beihilfeantrag)

An die
Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Beihilfestelle:
 Beihilfekasse der
 Stadt Köln

Beihilfenummer (siehe
 letzter Beihilfebescheid)

Name, Vorname , Amtsbezeichnung, Besoldungs-/Entgeltgruppe des/der Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
--	--------------

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Telefon dienstlich / privat
---	-----------------------------

E-Mail dienstlich / privat

Dienststelle / Schule	Altersteilzeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<u>Nur für Tarifbeschäftigte:</u> Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zahl der Wochenstunden	Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Grund: von bis	

Familienstand				
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet / Lebenspartner-schaft seit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Geschieden seit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verwitwet seit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend seit Unterhaltsanspruch des Ehegatten gegenüber dem Beihilfeberechtigten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bei Verheirateten, Angaben zum/r Ehegatten/Ehegattin²				
Name, Vorname, Geburtsdatum		Arbeitgeber oder Dienstherr	Selbst beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absatz 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes) und Kapitalerträge Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten ² im Jahr vor Entstehen der Aufwendungen 20.000 € überstiegen? (Bitte Einkommensteuerbescheid des Vorjahres beifügen) ³				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bitte, die Beihilfe zu überweisen auf das IBAN Konto	BIC (internationale BLZ)	Bei (Bank, Sparkasse, Postbank)
--	--------------------------	---------------------------------

Sind Sie oder ein/e Angehörige/r Rentenempfänger/in ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erstmaliger Rentenbezug ³ ab: <input type="checkbox"/>	Wenn ja, erstmalige Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach dem 31.12.1993? Antragsteller /in Ehegatte /Ehegattin Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
---	--	--	--

Kinder (bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs.2 BVO NRW – angeben)¹

Bitte legen Sie einen aktuellen Nachweis zum Erhalt des Familienzuschlags (z. B. Gehaltsmitteilung) mit vor.

Name, Vorname	Geburts-datum	Steht Ihnen oder Ihrem Ehegatten / anderen Elternteil für das Kind Kindergeld zu?	Falls nein: Ist das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig?	Wer erhält für das Kind die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag?	Ist die andere Person selbst beihilfeberechtigt? **
1		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> andere Person	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> andere Person	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> andere Person	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> andere Person	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

** Falls ja – bitte Dienstherrn oder Arbeitgeber im Feld mit angeben.

Antragstellende Person, Ehegattin/Ehegatte² und Kinder sind wie folgt **gegen Krankheit versichert**

Personen	Nicht Versichert	Privat versichert bei	In einer gesetzlichen Krankenversicherung:			bei privat oder gesetzlich Versicherten: Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (AGZ) durch den Arbeitgeber? ***
			Pflicht-versichert bei	Freiwillig Versichert bei	Familien versichert über	
Antragstellende Person (A)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ehegattin/ Ehegatte ² (E)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kind1 (K1)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kind2 (K2)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kind3 (K3)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kind4 (K4)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*** Falls ja – bitte die Höhe des Zuschuss nach § 257 SGB V im Feld mit angeben.

- 1) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr gegebenenfalls zuzüglich Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) sowie der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfallen ist.
- 2) Gilt entsprechend für eingetragene Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vom 03.05.2005 (bitte Nachweise beifügen). Die Fragestellung bezieht sich auch auf Personen mit einer Beihilfeberechtigung als Tarifbeschäftigte/r im öffentlichen Dienst.
- 3) Den Einkünften nach § 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes werden hinzugerechnet:
 1. die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a des EStG und dem Bruttbetrag bei erstmaligem Rentenbezug an dem 01.01.2022 und
 2. ausländische Einkünfte im Sinne von § 34 d des EStG.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich Änderungen der Beihilfestelle spätestens mit dem nächsten Beihilfeantrag anzugeben habe.

Datum, Unterschrift der/s Beihilfeberechtigten
--