

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Bearb.- Nr./ Pers.- Nr.
Beschäftigungsdienststelle		Telefon- Nr.

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit Kurzantrag

Landesbesoldungsamt  
Mecklenburg-Vorpommern  
Postfach 12 25  
17222 Neustrelitz

Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag bei

<b>Antragssumme</b>	€
<b>davon Krankenhauskosten</b>	€

- auf Beihilfe** in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfevorschriften  
 **auf Unfallfürsorgeleistungen** für den Dienstunfall vom \_\_\_\_\_ anerkannt am \_\_\_\_\_  
 Hiermit beantrage ich oben genannte Leistungen zu den in der Anlage **aufgeführten** und **belegten** Aufwendungen.  
 **keine Änderung zu den letzten Angaben** (Punkt 1. – 8. des vierseitigen Beihilfeantrags)

**9. Erhalten Sie oder ihr Ehegatte freie Heilfürsorge?**  ja  nein

Wer erhält freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte
---

**10. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht?**  ja  nein

Ehegatte/ Lebenspartner Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

**Aufwendungen können für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/ Lebenspartner nur geltend gemacht werden, wenn**  
 die Einkünfte im Vorvorkalenderjahr vor Beantragung 17.000 € nicht überschritten haben (**Steuerbescheid Vorvorjahr beilegen**)  
 oder die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr 17.000 € nicht erreichen werden (**Steuerbescheid lfd. Jahr nachreichen**)

oder Ihnen für Ihren nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/ Lebenspartner vor Februar 2009 bereits Beihilfe gewährt wurde und das Einkommen seit dem 18.000 € nicht überschritten hat (**Steuerbescheid Vorvorjahr beilegen**)

**Das Einkommen (§ 2 Abs. 3 EStG) ist durch Vorlage des Steuerbescheides nachzuweisen.**

**11. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?**  ja  nein

Der Behandelnde ist <input type="checkbox"/> der Ehegatte <input type="checkbox"/> das Kind <input type="checkbox"/> ein Elternteil	Beleg- Nr. _____
(Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)	

**12. Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?**  ja  nein

Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Einstufungsbescheid mit Pflegestufe der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> liegt dem LBesA vor <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei	
Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Zeitraum (vom – bis zum)
Unterbrechung der Pflege vom – bis zum (einschließlich)		Grund

**Leistungsbescheide der Pflegekasse sind grundsätzlich beizufügen!**

**13. Auf die hiermit beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten**  ja  nein

**14. Ich bitte um Überweisung auf das**  **Gehaltskonto**  **folgende Sonderkonto**

Kontonummer	Bankleitzahl
Name des Geldinstituts	Name der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfegewilligung sind und dass ich persönliche Veränderungen, die auf die Erstattungshöhe Einfluss haben, wie Änderungen beim kindbezogenen Familienzuschlag, und nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten dem Landesbesoldungsamt anzuzeigen habe. Ich bin verpflichtet, die Beihilfe für meinen Ehegatten zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.**

Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/ Bevollmächtigten
------------	---

