

Name, Vorname	Geburtsdatum	Bearb.- Nr./ Pers.- Nr.
Beschäftigungsdienststelle		Telefon- Nr.

Landesbesoldungsamt  
 Mecklenburg- Vorpommern  
 Postfach 12 25  
 17222 Neustrelitz

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit**

<b>Antragssumme</b>	€
---------------------	---

**Antrag**

- 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.

**Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung der persönlichen Verhältnisse zu verwenden. Bei Folgeanträgen und unveränderten persönlichen Verhältnissen (siehe: Pkt. 1 bis 9) bitte ggf. mit Pkt. 10 fortfahren oder den Kurzantrag (<http://www.lbesa.mv-regierung.de>) verwenden.**

**1. Angaben zur Beschäftigung**

vollbeschäftigt seit \_\_\_\_\_ teilzeitbeschäftigt von-bis \_\_\_\_\_ mit Wochenstunden \_\_\_\_\_ befristet beschäftigt von-bis \_\_\_\_\_

Elternzeit von-bis \_\_\_\_\_ Beurlaubung o. Dienstbezüge von-bis \_\_\_\_\_ / Rechtsgrundlage \_\_\_\_\_

nur für Versorgungsempfänger: sind Sie noch berufstätig?  bei: \_\_\_\_\_

**2. Welcher Krankenversicherungsschutz (KV) besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen? (Änderungen des Versicherungsschutzes grundsätzlich eintragen)**

Personen	Privatversicherung T a r i f % Festkosten-Standard-	Gesetzliche Versicherung pflicht- freiw.- familien- seit:	Freie Heilfürsorge oder Krankenhilfe	nicht versichert
Beihilfe- berechtigter				
Ehegatte				
1. Kind				
2. Kind				
3. Kind				
4. Kind				

Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit bei:	von-bis/seit:	Grund:
---	---------------	--------

- bei **privater** KV erstmalig und bei Tarifumstellung **Kopie des aktuellen Versicherungsscheins** beifügen!
- zu gesetzlichen KV gehören z.B. AOK, BKK ,Ersatzkassen, knappschaftliche KV.
- bei Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung Nachweis oder Bescheid** beifügen!

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

**3. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?**  ja  nein

Empfängerin/Empfänger      Zuschusshöhe (mtl. €) seit:      Rechtsgrundlage

1.

2.

**4. Familienstandsbezogene Angaben**

verheiratet  ja  nein      Ehegatte Name/Vorname      Geburtsdatum

**5. Ist die Ehegattin/der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt?**  ja  nein

wenn ja:      Anschrift der Beschäftigungsdienststelle:

**Nur bei Anspruch auf den höheren Bemessungssatz für 2 oder mehr Kinder! (§14 Abs.1BhV)**

Wer soll den höheren Bemessungssatz erhalten? (**Achtung! Die Festlegung ist unwiderruflich**)

Antragstellerin/er       Ehegatte

**6. Nur bei Arbeitslosigkeit**

Wer war als arbeitslos bei der Agentur für Arbeit gemeldet?      Zeitraum:

**7. Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?**  ja  nein

- aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung
- aufgrund eines Dienstverhältnisses als Beamtin/er
- aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses
- aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses

Name:

Beschäftigungsdienststelle:      seit:

**8. Sind bei Ihnen berücksichtigungsfähige Angehörige bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?**  ja  nein

Wer?      Bei wem?

Aufwendungen können **nur mit Originalbelegen** geltend gemacht werden!

**9. Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eine Rente?**  ja  nein

für (Name)      Höhe KV Zuschuss (siehe Rentenbescheid)

Wurde ein Rentenantrag gestellt?  ja  nein

für wen:      befürwortet?  ja  nein

**10. Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der/des Ehegattin/en 18.000 €?**

nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für Ehegatten geltend gemacht werden

im Vorvorkalenderjahr  ja  nein

im Vorkalenderjahr  ja  nein

im laufenden Kalenderjahr  ja  nein

Bei Erstattung unter Vorbehalt bitte unaufgefordert den Steuerbescheid des Basisjahres für den Ehepartner vorlegen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Bearb.- Nr./ Pers.- Nr.
---------------	--------------	-------------------------

**11. Nur bei Unfällen oder sonstigen schädigenden Ereignissen oder wenn ein Schadensersatz durch Dritte in Frage kommt (bitte immer Unfallschilderung beifügen)**

Schadenstag: \_\_\_\_\_ Beleg-Nr.: \_\_\_\_\_

Privatunfall                       Dienst/Arbeitsunfall                       Schul-/Kindergartenunfall  
 Berufskrankheit                       anderes schädigendes Ereignis

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden)?                       ja                       nein  
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung?                       ja                       nein  
Name, Anschrift und Aktenzeichen des Kostenträgers oder Ersatzpflichtigen:

Besteht neben Ihrer Krankenversicherung eine Ergänzungs-Krankenversicherung?                       ja                       nein

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

Der Behandelnde ist     der Ehegatte                       das Kind                       ein Elternteil

Beleg-Nr. \_\_\_\_\_ (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

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

Pfleigestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III		Einstufungsbescheid mit Pfleigestufe 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!

**14. Auszahlung**

Auf die hiermit beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betrag	am (Datum)
--	--------	------------

Ich bitte um Überweisung auf das     Gehaltskonto     folgende Sonderkonto

Kontonummer	Bankleitzahl
Name des Geldinstitut	Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilf Bewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort dem Landesbesoldungsamt anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/ meinen Ehegatten zurückzahlen, falls die Angaben über die Höhe ihrer/ seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.**

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

Vollmacht     liegt dem LBesA vor                       liegt dem Antrag bei

