

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

Landesbesoldungsamt
Mecklenburg- Vorpommern
Postfach 12 25
17222 Neustrelitz

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Antragssumme	€
--------------	---

Antrag

- ☐ auf **Beihilfe** in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfavorschriften
- ☐ 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 Rentenanspruch 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 Ergänzungsrankenversicherung? ☐ 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

Pflegestufe ☐ I ☐ II ☐ III	Einstufungsbescheid mit Pflegestufe der Pflegeversicherung ☐ liegt dem LBesA vor ☐ 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 ☐ ja ☐ 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 Beihilfebewilligung 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

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

Zusammenstellung der Aufwendungen

Art der Leistung Ä = ärztliche Behandlung Z = zahnärztliche Behandlung K = Krankenhaus/ Anschlussheilbehandlung
 S = Sanatorium/ Kur R = Rezepte U = Unfall privat
 P = Pflege A= andere Leistungen

Antragsteller

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €	Dienstunfall*

* bitte mit x kennzeichnen

Ehegatte

Beleg-Nr.	Name	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

Kinder

Beleg-Nr.	Name	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €