

Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer									
	0	0	1	/						
Beschäftigungsdienststelle	Bearbeiternummer			Geburtsdatum			Telefonnummer			

Landesbesoldungsamt  
 Mecklenburg-Vorpommern  
 Postfach 12 25  
 17222 Neustrelitz

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

### Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag bei

Antragssumme	€
davon Krankenhauskosten	€

Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung der persönlichen Verhältnisse zu verwenden.  
 Bei Folgeanträgen und unveränderten persönlichen Verhältnissen (siehe: Pkt. 1 bis 8) bitte ggf. mit Pkt. 9 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 ohne Dienstbezüge von- bis/ Rechtsgrundlage	
nur für Versorgungsempfänger: sind Sie noch berufstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei:			

#### 2. Welche Krankenversicherung (KV) besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen? (Änderungen des Versicherungsschutzes sind durch die Versicherungsbescheinigung nachzuweisen)

Personen	Private Krankenversicherung		Gesetzliche Krankenversicherung			Anspruch auf		keine Krankenversicherung, da ständiger Wohnsitz im Ausland ab
	KZ		pflicht-versichert	freiwillig-versichert	familien-versichert	KZ		
	%	= %- Tarif (z.B. 50 %, 30 %, 20 %)						
	S	= Standardtarif				K	= Krankenhilfe	
	B	= Basistarif				E	= Kostenerstattung	
Beihilfeberechtigter								
Ehegatte								
1. Kind								
2. Kind								
3. Kind								
4. Kind								

Bitte Kennzeichen (KZ) eintragen!

Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit bei	von- bis/ seit	Grund

- zu den gesetzlichen KV gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen, knappschaftliche KV
- bei Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung Nachweis oder Bescheid** beifügen!

B



Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer
	0 0 1 / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

Empfänger	Zuschusshöhe (monatlich in €)	seit	Rechtsgrundlage
1.			
2.			

**4. Ist Ihr Ehegatte selbst beihilfeberechtigt?**  ja  nein

wenn ja Anschrift der Beschäftigungsdienststelle

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

- aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung     aufgrund eines Dienstverhältnisses als Beamter  
 aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses     aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses

Name

Beschäftigungsdienststelle

seit

**6. Erhalten Sie für zwei oder mehr Kinder den kindbezogenen Familienzuschlag?**  ja  nein

Anspruch auf den höheren Bemessungssatz für zwei oder mehr Kinder (§ 46 Abs. 3 BBhV) hat, wer für diese Kinder den kindbezogenen Familienzuschlag erhält.

Erhält ein Anspruchsberechtigter (Ehegatte und/ oder Vater/ Mutter der Kinder) für zwei oder mehr Kinder den erhöhten Bemessungssatz in der Beihilfe von 70% ohne dass er den kindbezogenen Familienzuschlag für diese Kinder erhält?  ja  nein

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

Wenn ja, bitte den Rentenbescheid aus dem die Höhe des Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag hervorgeht einreichen.

Eine erneute Übersendung des Rentenbescheides ist dann erforderlich, wenn sich der Zuschuss zur Krankenversicherung durch Rentenanpassung geändert hat.

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

Schadenstag	Beleg- Nr.
-------------	------------

- Privatunfall     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

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

Wer erhält freie Heilfürsorge?  Antragsteller  Ehegatte

Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer 0 0 1 / <input type="text"/>
---------------	---

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

Ehegatte/Lebenspartner Name, Vorname	Geburtsdatum
<p><b>Aufwendungen können für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner nur geltend gemacht werden, wenn</b></p> <input type="checkbox"/> deren Einkünfte im Vorvorkalenderjahr vor der Beantragung 17.000 € nicht überschritten haben <input type="checkbox"/> Ihnen für Ihren nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner vor Februar 2009 bereits Beihilfe gewährt wurde und deren Einkünfte seitdem 18.000 € nicht überschritten haben <b>Ohne eine der folgenden Bescheinigungen ist eine Erstattung nicht möglich</b> Steuerbescheid (Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG) <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei Bescheinigung über die Nichtveranlagung vom Finanzamt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <b>und</b> ist weiterhin gültig <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei <input type="checkbox"/> deren Einkünfte im laufenden Kalenderjahr 17.000 € nicht erreichen werden (die Erstattung erfolgt unter diesem Vorbehalt) Der Steuerbescheid bzw. eine Bescheinigung über die Nichtveranlagung für das lfd. Kalenderjahr wird von mir nachgereicht.	

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
IBAN	BIC
Name des Geldinstituts	Name des Kontoinhabers

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung 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 zurückzahlen, 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
------------	--

Vollmacht  liegt dem LBesA vor  liegt dem Antrag bei

Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer												
	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	1	/								
0	0	1	/										

### Zusammenstellung der Aufwendungen

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

#### Antragsteller

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

#### Ehegatte/Lebenspartner

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

#### Kinder

Beleg-Nr.	Name	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €	Bezieher des kindbezogenen Familienzuschlages für dieses Kind
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner
					<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> weiterer <input type="checkbox"/> keiner