

Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer		
	0 0 1 /		
Beschäftigungsdienststelle	Laufzeichen	Geburtsdatum	Telefonnummer
		E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit**

Landesamt für Finanzen  
 Mecklenburg-Vorpommern  
 - Abteilung Bezüge -  
 Schloßstraße 7  
 17235 Neustrelitz

**Langantrag**

auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen nach § 80 Landesbeamtengesetz M-V (LBG M-V)

Bitte legen Sie dem Bescheid einen **Langantrag\*** bei.

Bitte legen Sie dem Bescheid einen **Kurzantrag\*** bei.

**Pflegeleistungen** (auch Pflegehilfsmittel) beantragen Sie bitte mit dem Vordruck **5003\***.

Antragssumme	EUR
Anzahl der Belege	

Bei Folgeanträgen und unveränderten persönlichen Verhältnissen verwenden Sie bitte den Kurzantrag\*. Anderenfalls ist der Langantrag (Vordruck 5000\*) zu verwenden. Bitte reichen Sie keine Originalbelege ein! Diese werden nach der Bearbeitung nicht mehr zurückgesandt und entsprechend § 80 Abs. 7 LBG M-V i. V. m. § 51 Abs. 5 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vernichtet. Gesonderte Anfragen z.B. zu Kostenübernahmen (Heil- und Kostenpläne) oder z.B. Anfragen zur Beihilfefähigkeit einer bestimmten Therapie- oder Behandlungsform richten Sie bitte mit einem separaten Schreiben getrennt von Ihrem Beihilfeantrag an die Beihilfestelle.

**Achtung!** Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Hier ist der Posteingangsstempel des Landesamtes für Finanzen M-V entscheidend. Bei Geltendmachung von Aufwendungen infolge von Privatunfällen oder sonstigen schädigenden Ereignissen, bei denen ein Schadensersatz durch Dritte in Betracht kommt, verwenden Sie bitte für jedes Ereignis immer einen gesonderten Langantrag (Vordruck 5000\*) und füllen Punkt 4 aus. **Achten Sie auf eine getrennte Rechnungslegung!**

**Allgemeine Angaben:**

Auf die nachfolgend beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten  ja  nein  
**Auszahlung der Beihilfe**

Ich bitte um Überweisung der Beihilfe  auf mein Gehaltskonto

auf folgendes Sonderkonto (gilt nur bei Bevollmächtigten)

IBAN	BIC
Name des Geldinstitutes	Name Kontoinhaber*in

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 Landesamt für Finanzen 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 der oder des Beihilfeberechtigten / Bevollmächtigten
------------	---

Vollmacht  liegt dem LAF vor  liegt dem Antrag bei

\* Vordrucke/Formulare und Informationen zur Beihilfe finden Sie im Internet unter [www.laf-mv.de/bezuege/Beihilfe/](http://www.laf-mv.de/bezuege/Beihilfe/)

**1. Welche Krankenversicherung (KV) besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?** (Bei erstmaliger Beantragung und bei Änderungen des Versicherungsschutzes ist grundsätzlich ein Nachweis des Krankenversicherungsschutzes beizufügen)

Person (Name, Vorname)	ab (Datum)	Prozent- satz	Gesetzliche KV				Heilfür- sorge	Keine KV
			privat versichert	freiwillig versichert	pflicht- versichert	familien- versichert		
Beihilfeberechtigter			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*zur gesetzlichen KV gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen, knappschaftliche KV

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

**2. 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, Vorname

Beschäftigungsdienststelle

seit

**3. Erhalten Sie für zwei oder mehr Kinder den kindbezogenen Familienzuschlag?**

ja  nein

Einen Anspruch auf den höheren **Bemessungssatz (70 %)** für zwei oder mehr Kinder (§ 80 Abs. 5 S. 3 u. 4 LBG M-V) 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

**4. Werden Aufwendungen auf Grund von Unfällen, sonstigen schädigenden Ereignissen oder, wenn ein Schadensersatz durch Dritte in Frage kommt (bitte immer Unfallschilderung beifügen), geltend gemacht?**

nein  ja (dann bitte Nachfolgendes ausfüllen und beantworten)

Schadenstag:

Beleg- Nr.:

Privatunfall  Schul-/Kindergartenunfall  anderes schädigendes Ereignis

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden) bzw. besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung?  ja  nein

(zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger o. Sportvereine)

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Kostenträgers oder Ersatzpflichtigen

**5. Werden Aufwendungen für nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner geltend gemacht?**

**nein**       **ja** (dann bitte nachfolgende Frage beantworten)

**Wie hoch war bzw. ist der Gesamtbetrag der Einkünfte Ihrer/es Ehegattin/en bzw. der eingetragenen Lebenspartnerin / des eingetragenen Lebenspartners (Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG)?**

im zweiten Kalenderjahr\* vor Beantragung (20\_\_\_)     bis zu 20.000 EUR     über 20.000 EUR  
 voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr\* (20\_\_\_)     bis zu 20.000 EUR     über 20.000 EUR

Der Steuerbescheid ist der Beihilfestelle jährlich in Kopie **mit dem 1. Beihilfeantrag des Jahres** vorzulegen!

Der Steuerbescheid       liegt bereits vor       liegt dem Antrag bei

Die Bescheinigung über die Nichtveranlagung vom Finanzamt

liegt bereits vor       liegt dem Antrag bei und ist weiterhin gültig

\* Für die Ermittlung des entsprechenden Kalenderjahres wird immer der Antragseingang zu Grunde gelegt.

-----