

Name, Vorname 	Anwendernummer / Personalnummer		
	0 0 1 /		
Beschäftigungsdienststelle	Laufzeichen	Geburtsdatum	Telefonnummer
		X	

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

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

Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag bei

Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag für **Pflegeleistungen** bei

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

Antragssumme	€
davon Krankenhauskosten	€

Bei Folgeanträgen und unveränderten persönlichen Verhältnissen (Pkt.1 bis 3) bitte ggf. mit Pkt.4 fortfahren oder den Kurzantrag (<http://www.laf.mv-regierung.de>) verwenden.

Achtung! Bei Geltendmachung von Aufwendungen infolge von Privatunfällen oder sonstigen schädigenden Ereignissen bei denen ein Schadensersatz durch Dritte in Betracht kommt, immer ein gesondertes Antragsformular verwenden und Pkt. 4 ausfüllen. **Achten Sie auf eine getrennte Rechnungslegung!**

Allgemeine Angaben:

Auf die nachfolgend beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten ja nein

Ich bitte um Überweisung

- auf das Gehaltskonto
 einmalig auf folgendes Sonderkonto
 ständig auf folgendes Sonderkonto

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 Landesamt für Finanzen 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
------------	--

Vollmacht liegt dem LAF vor liegt dem Antrag bei

Wichtige Hinweise!

Bitte keine Originalbelege einreichen! Diese werden nicht mehr zurückgesandt und entsprechend § 51 Abs. 5 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.

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Hier ist der Posteingangsstempel des Landesamtes für Finanzen M-V entscheidend.



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	ab Datum	Prozent-satz	privat versichert	Gesetzliche Krankenversicherung			Heilfürsorge	keine KV
				freiwillig versichert	pflicht-versichert	familien-versichert		
Beihilfeberechtigter								
Ehegatte								
1. Kind								
2. Kind								
3. Kind								
4. Kind								

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

- zu den gesetzlichen KV gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen, knappschaftliche KV

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

<input type="checkbox"/> aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	<input type="checkbox"/> aufgrund eines Dienstverhältnisses als Beamter
<input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	<input type="checkbox"/> aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses
Name, Vorname	
Beschäftigungsdienststelle	seit

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

Anspruch auf den höheren Bemessungssatz (70 %) 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Schadenstag	Beleg- Nr.
<input type="checkbox"/> Privatunfall <input type="checkbox"/> Schul-/Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis	
Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden) bzw. besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 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)	

