Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer
	0 0 1 /

Beschäftigungsdienststelle	Bearbeiternummer	Geburtsdatum	Telefonnummer

Landesamt für Finanzen
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Bezüge
Postfach 12 25
17222 Neustrelitz

Kurzantrag
auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)
Pflegeleistungen (auch Pflegehilfsmittel) beantragen Sie bitte mit dem Vordruck **5003**.
☐ Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag bei
☐ Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag für **Pflegeleistungen** bei

Antragssumme	0,00 **€**
davon Krankenhauskosten	**€**

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

☐ **keine Änderung zu den letzten Angaben** (Punkt 1. – 3. des vierseitigen Beihilfeantrags) 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!

4. 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 ☐ 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 die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen ☐ ja ☐ nein
(als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?
Der Behandelnde ist ☐ der Ehegatte ☐ das Kind ☐ ein Elternteil Beleg- Nr. _____
(Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

6.Werden Aufwendungen für nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner geltend gemacht?
☐ **ja** dann bitte Punkt 6 vollständig ausfüllen
Wie hoch war bzw. ist der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegattin/en bzw. des eingetragenen Lebenspartners (Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG)?
☐ im Vorvorkalenderjahr (20….) ☐ bis zu 17.000 EUR ☐ über 17.000 EUR
☐ voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr (20....) ☐ bis zu 17.000 EUR ☐ über 17.000 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
Bescheinigung über die Nichtveranlagung vom Finanzamt ☐liegt bereits vor (und ist weiterhin gültig) ☐liegt (dem Antrag bei) und ist weiterhin gültig

7. Auf die hiermit beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten ☐ ja ☐ nein

8. Ich bitte um Überweisung ☐ **auf das Gehaltskonto**
☐ **einmalig auf folgendes Sonderkonto** ☐ **ständig auf folgendes Sonderkonto**

IBAN	BIC
Name des Geldinstituts	Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

B

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 künftig 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. (es gilt der Posteingangsstempel des Landesamtes für Finanzen M-V)

Zusammenstellung der Aufwendungen

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

Antragsteller

Ehepartner/Lebenspartner
Name: (wenn abweichend)
Vorname: **Geburtsdatum:**

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

Kinder (wenn abweichend vom Beihilfeberechtigten, bitte Nachnamen mit angeben)

Beleg-Nr.	Name	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €	Bezieher des kindbezogenen Familienzuschlages für dieses Kind
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner