

Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer		
	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Anschrift	Bearbeiternummer	Geburtsdatum	Telefonnummer

Landesamt für Finanzen
 Mecklenburg-Vorpommern
 Postfach 1225
 17222 Neustrelitz

Antrag auf Gewährung ergänzender Leistungen bei vollstationärer Pflege

Anhand nachfolgender Angaben bitte ich zu prüfen, ob eine weitergehende Beihilfe zu den Aufwendungen für Pflegeleistungen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich Investitionskosten gemäß § 39 Abs. 2 BBhV gewährt werden kann.

1. Sind Sie verheiratet bzw. besteht eine eingetragene Lebenspartnerschaft?

ja nein

Name, Vorname des Ehegatten/der Ehegattin
 bzw. des eingetragenen Lebenspartners/
 der eingetragenen Lebenspartnerin _____

2. Haben Sie Kinder, für die Sie den kinderbezogenen Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz erhalten?

ja, folgende nein

Name, Vorname

Geburtsdatum

1.

2.

3.

4.

3. Welche Person befindet sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung?

Antragsteller/in

Ehegatte/Ehegattin bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in

Kind

B



Leistungszusage der Pflegeversicherung liegt vor liegt bei

Pflegegrad 1 2 3 4 5

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht bei der vollstationär gepflegten Person?

Private Krankenversicherung

Freiwillige gesetzliche Krankenversicherung

Eigenständige gesetzliche Pflichtversicherung

Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung

5. Haben Sie und/oder ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r Anspruch auf einen Zuschuss zu den Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten nach landesrechtlichen Vorschriften?

ja, gegenüber _____ nein

Nachweis über die Höhe des Zuschusses liegt vor liegt bei

6. Welche Einkünfte bezogen Sie und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre eingetragene Lebenspartnerin/Ihr eingetragener Lebenspartner im Kalenderjahr vor Antragstellung?

	Antragsteller/in	Ehegatte/Ehegattin Lebenspartner/in
Dienst-/Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Rente/n aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Erwerbseinkommen im Sinne des § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) (z.B. auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)	-----	<input type="checkbox"/>
--	-------	--------------------------

Entsprechende Nachweise liegen vor liegen bei

7. Mit welcher Besoldungsgruppe wurden Sie oder Ihr/e verstorbene/r Ehegatte/in, Lebenspartner/in in den Ruhestand versetzt?

Ort, Datum

Unterschrift