

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 Befreiung vom Abzug der Einbehaltung nach § 50 Abs. 1 BBhV
 - Feststellung der Belastungsgrenze -**

Ich beantrage die Befreiung von den Einbehalten für das Jahr _____

Mein Ehegatte/Lebenspartner^{*)} ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung

ja nein

Mein Ehegatte/Lebenspartner^{*)} ist selbst beihilfeberechtigt

ja nein

Wurde einmal „ja“ angekreuzt, ist das Einkommen des Ehegatten/ Lebenspartners nicht nachzuweisen.

Wurden Sie oder Ihr Ehegatte/Lebenspartner^{*)} im vergangenen Jahr gemeinsam zur Einkommensteuer veranlagt bzw. werden Sie die gemeinsame Veranlagung beantragen?

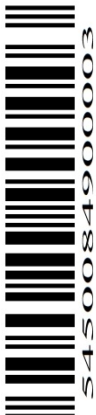
ja nein

Im Kalenderjahr vor dem Entstehen der Aufwendungen (Vorkalenderjahr) wurden folgende Bruttoeinkommen bezogen (bitte immer ausfüllen)

Einkommensart	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner
1. Dienstbezüge		
2. Versorgungsbezüge (Ruhegehalt) (wenn Zahlung vom Land M-V, bitte die Personalnummer angeben)		
<input type="checkbox"/> Witwengeld Pers.-Nr.:		
<input type="checkbox"/> Waisengeld Pers.-Nr.:		
<input type="checkbox"/> Unterhaltsbeitrag Pers.-Nr.:		
3. Rente (Zahlbetrag) aus der gesetzlichen Rentenversicherung		
<input type="checkbox"/> Witwenrente		
<input type="checkbox"/> sonstige Renten (z. B. VBL)		
4. laufendes Erwerbseinkommen des Ehegatten/Lebenspartners ^{*)}		
5. Minderungsbetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 u. 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) für berücksichtigungsfähige Kinder		

Für jedes Einkommen neben den Dienstbezügen muss ein entsprechender Nachweis (z. B. Renten Anpassungsbescheid) mit den jeweils gültigen Beträgen in Kopie vorgelegt werden.

B



Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten bzw. der/des
Bevollmächtigten

¹⁾ gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Vom LAF auszufüllen:	
Gesamteinkommen	
abzüglich 15 %	
abzüglich Minderungsbetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 u. 2 EStG	
davon Belastungsgrenze 1 vom Hundert	
davon Belastungsgrenze 2 vom Hundert	

Zusätzliche Erläuterungen siehe Anlage!

Gemäß § 50 Abs. 1 BBhV sind auf Antrag die Eigenbehalte nach § 49 BBhV entsprechend der Höhe des **Beihilfebemessungssatzes** nach § 46 BBhV für

- Arznei- und Verbandsmittel im Sinne von § 22,
- Hilfsmittel,
- Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
- Familien- und Haushaltshilfe,
- Soziotherapie,
- vollstationäre Krankenhausleistungen nach § 26,
- Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 34 Abs. 1 und 2 Satz 1 und 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und
- häusliche Krankenpflege

von der **Beihilfe** für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten.

Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen

- 2 % der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3-7 sowie
- für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie 1 % der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3-7

Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens als erbracht. **Die Einnahmen des Ehegatten werden nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist.** Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes berücksichtigungsfähige Kind im Sinne des § 4 Abs. 2 BBhV um den Betrag, der sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

Um den Nachweis über die Höhe der Abzugsbeträge zu erleichtern, wird auf jedem Beihilfe-bescheid die innerhalb eines Kalenderjahres sich jeweils ergebende Gesamtsumme der Abzugsbeträge ausgewiesen.

Bei Anwendung der Belastungsgrenzen von zwei vom Hundert und ein vom Hundert werden jeweils die Abzugsbeträge des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammengerechnet.

Das Vorliegen einer Dauerbehandlung (z.B. Behandlung wegen Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Rheuma) ist mit dem Vordruck 5451 nachzuweisen.

Die für das Antragsjahr maßgebende Belastungsgrenze bestimmt sich dabei nach dem Gesamteinkommen des Vorjahres.

Die Entlastung von den Abzugsbeträgen erfolgt jeweils für das **laufende Kalenderjahr** und ist **jährlich neu** zu beantragen.

Nachweis über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung

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

Landesamt für Finanzen
 Mecklenburg-Vorpommern
 Postfach 1225
 172225 Neustrelitz

**Nachweis über das Vorliegen
 einer schwerwiegenden
 chronischen Erkrankung**

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Frau/Herr _____ befindet sich wegen derselben
 chronischen Erkrankung in **Dauerbehandlung** ab _____ (Behandlungsbeginn)
 und erfüllt damit die Grundvoraussetzung einer schwerwiegenden chronischen
 Erkrankung (gem. § 62 SGB V).

Dauerdiagnose/n: _____

Behandlungstermine in den letzten 12 Monaten:

mindestens 1 x im Quartal

Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar

voraussichtlich _____

Zusätzlich ist **mindestens eins** der nachfolgend genannten Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 (SGB XI)
- o d e r
- Grad der Schwerbehinderung/Schwerbeschädigung von mindestens 60 %
 (bei Erstausstellung dieser Bescheinigung bitte Kopie des entsprechenden
 bestandskräftigen Bescheides vorlegen)
- o d e r
- es ist eine kontinuierliche med. Versorgung (ärztliche oder psycho-
 therapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege,
 Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher
 Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der
 Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität
 aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung zu
 erwarten ist.

B

 Ausstellungsdatum

 (Stempel/Unterschrift des Arztes)

