

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Landesamt für Finanzen
Mecklenburg-Vorpommern
Werkstraße 104
19061 Schwerin

– Nur für PFLEGE –

Antrag

auf Beihilfe für Pflegeaufwendungen nach
§ 80 Landesbeamtengesetz M-V (LBG M-V)

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

Antragssumme	EUR
Anzahl der Belege	

Bei Folgeanträgen und unveränderten persönlichen Verhältnissen brauchen Sie die Punkte 1 bis 3 dieses Antrages nicht ausfüllen. 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 von 3 Jahren 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. Zudem versichere ich, dass mit diesem Antrag keine Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen, Schädigungen und Verletzungen geltend gemacht werden. 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 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/

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			☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehegatte			☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. Kind			☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kind			☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kind			☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kind			☐	☐	☐	☐	☐	☐

*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. Pflegeaufwendungen

(Für jede pflegebedürftige Person ist ein gesonderter Antrag zu stellen)

Angaben zum Pflegebedürftigen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Angaben zum Pflegegrad und NachweisePflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5Einstufung der Pflegeversicherung ☐ liegt bereits vor ☐ liegt bei**Der Einstufungsbescheid ist bei der erstmaligen Beantragung von Pflegeleistungen und bei allen Änderungen in Kopie vorzulegen.****Art der Pflegeleistungen****Hinweis:** (Leistungsbescheide der Pflegekasse sind grundsätzlich beizufügen!)

Für welche der nachfolgend aufgeführten Pflegeleistungen haben Sie Rechnungen beigelegt?

☐ Pauschalbeihilfe (Pflegegeld)☐ Kombinationspflege (Berufspflegekräfte und andere Pflegekräfte [z.B. Ehefrau])☐ Stationäre Pflege☐ Beratungskosten☐ Tages-/Nachtpflege☐ Entlastungsbetrag (§ 45 b SGB XI mtl. 131 €)☐ Kurzzeitpflege☐ Verhinderungspflege☐ Pflegehilfsmittel☐ Sonstige (z.B. Wohnumfeld Verbesserung)Für welchen Zeitraum beantragen Sie Pflegegeld? Von _____ Bis _____
(maximal für 12 Monate im Voraus)Gab es Unterbrechungen? ☐ ja ☐ nein
(bei rückwirkender Beantragung)Wenn ja, dann bitte den Unterbrechungsgrund angeben:
(z.B. Krankenhaus, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Stationäre Reha)

6. 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 21.832 EUR ☐ über 21.832 EUR
☐ voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr* (20____) ☐ bis zu 21.832 EUR ☐ über 21.832 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.