

Name, Vorname	Anwendernummer / Personalnummer		
	0 0 1 /		
Beschäftigungsdienststelle	Bearbeiternummer	Geburtsdatum	Telefonnummer

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

Landesbesoldungsamt
Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 12 25
17222 Neustrelitz

**Kurz Antrag
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	€
davon Krankenhauskosten	€

keine Änderung zu den letzten Angaben (Punkt 1. – 7. 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. 8 ausfüllen. **Achten Sie auf eine getrennte Rechnungslegung!**

8. 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"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> anderes schädigendes Ereignis	
Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Anschrift und Aktenzeichen des Kostenträgers oder Ersatzpflichtigen	
Besteht neben Ihrer Krankenversicherung eine Ergänzungs-Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Erhalten Sie oder ihr Ehegatte freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wer erhält freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Ehegatte	
10. Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ehegatte/Lebenspartner Name, Vorname	Geburtsdatum
Aufwendungen können für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner nur geltend gemacht werden, wenn <input type="checkbox"/> deren Einkünfte im Vorvorkalenderjahr vor der Beantragung 17.000 € nicht überschritten haben <input type="checkbox"/> Ihnen für Ihren nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartner vor Februar 2009 bereits Beihilfe gewährt wurde und deren Einkünfte seitdem 18.000 € nicht überschritten haben Ohne eine der folgenden Bescheinigungen ist eine Erstattung nicht möglich Steuerbescheid (Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG) <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei Bescheinigung über die Nichtveranlagung vom Finanzamt <input type="checkbox"/> liegt bereits vor und ist weiterhin gültig <input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei <input type="checkbox"/> deren Einkünfte im laufenden Kalenderjahr 17.000 € nicht erreichen werden (die Erstattung erfolgt unter diesem Vorbehalt) Der Steuerbescheid bzw. eine Bescheinigung über die Nichtveranlagung für das lfd. Kalenderjahr wird von mir nachgereicht. <input type="checkbox"/>	
11. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)	
12. Auf die hiermit beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14. Ich bitte um Überweisung <input type="checkbox"/> auf das Gehaltskonto	
<input type="checkbox"/> einmalig auf folgendes Sonderkonto <input type="checkbox"/> ständig auf folgendes Sonderkonto	
IBAN	BIC
Name des Geldinstituts	Name der Kontoinhaberin/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 Landesbesoldungsamt 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

B



Vollmacht liegt dem LBesA vor liegt dem Antrag bei

