

Bitte stets vollständig ausfüllen!

Familienname	Wohnort	Geburtsdatum
Vorname	Straße	Telefon (tagsüber)
Personal-Nr.	Dienststelle bzw. ehemalige Dienststelle	
ggf. Mail	IBAN	

Aktiv Versorger

Kommunaler Versorgungsverband
 Mecklenburg-Vorpommern
 Beihilfestelle
 Bertha-von-Suttner-Straße 5
 19061 Schwerin

Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder deutlich ausfüllen

<p>Erstmalige Antragstellung bei der Beihilfekasse?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja: bitte alle Fragen Nr. 1 bis 14 vollständig beantworten!</p>
<p>Erneute Antragstellung bei der Beihilfekasse?</p> <p>Nach Durchsicht der Fragen Nr. 1 bis 8 erkläre ich, dass seit der letzten Antragstellung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Veränderungen eingetreten sind. (Weiter ab Frage 9)</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderungen eingetreten sind. (Bitte Fragen Nr. 1 bis 8 vollständig ausfüllen; dann weiter ab Frage 9)</p>

1	Nur auszufüllen von aktiven Beamten/innen	Ununterbrochen im öffentlichen Dienst seit:
		Im Dienst des jetzigen Dienstherrn seit: bis:
		<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: bis: Wochenstundenzahl:
		<input type="checkbox"/> Altersteilzeit seit: bis: Wochenstundenzahl:
		<input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt von: bis: Beurlaubungsgrund/Rechtsgrundlage:
		<input type="checkbox"/> Elternzeit von: bis:
	<input type="checkbox"/> befristetes Dienstverhältnis von: bis:	
	Nur auszufüllen von Versorgungsempfängern/innen	Eintritt in den Ruhestand bzw. Beginn des Anspruchs auf Versorgungsbezüge ab:
		Sind Sie noch berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
		Beziehen Sie mehrere Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von

2	Familienstandsbezogene Angaben		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft seit <input type="checkbox"/> verstorben am:	<input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet seit	Vor- und Zuname der Ehegattin/des Ehegatten, der Lebenspartnerin/des Lebenspartners	Geburtsdatum
Ist die Ehegattin/der Ehegatte/die Lebenspartnerin/der Lebenspartner, die Mutter/der Vater gemeinsamer berücksichtigungsfähiger Kinder erwerbstätig? (auch die/der geschiedene/getrennt lebende Ehegattin/Ehegatte, die/der frühere Lebenspartnerin/Lebenspartner) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Arbeitgeber/Dienstherr:		Besteht hieraus eine Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

3	Angaben zum Familienzuschlag		
Berücksichtigungsfähige Kinder	Antragsteller/in erhält Familienzuschlag für	Veränderungen	
		Wiederaufnahme	Wegfall
1. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab
2. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab
3. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab
4. Kind – Vorname (ggf. abweichender Familienname), geboren am	<input type="checkbox"/>	seit	ab

4	Haben Sie oder Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder) einen Anspruch auf:		
	a) Heilfürsorge nach Beamten- od. Soldatenrecht? ► Bitte Nachweis od. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bescheid beifügen	b) Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Lastenausgleichs-, Bundesentschädigungs-, Entwicklungshelfergesetz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ► Bitte Nachweis od. Bescheid beifügen	c) Krankenfürsorge nach dienst- oder arbeitsvertraglichen Regelungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ► Bitte Nachweis od. Bescheid beifügen

5	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder)?											
	Personen – bei Angehörigen bitte Vornamen und – falls abweichend – Familiennamen angeben –	Kurzbezeichnungen der Krankenversicherungen oder der Krankenkassen	bei privater Versicherung – bitte Nachweis über Art und Umfang beifügen –					bei einer gesetzl. Krank- oder Ersatzkasse (z.B. AOK, BEK, Betriebskrankenkasse)				dieser Versicherungs- schutz besteht seit:
Prozenttarif (v.H.-Satz angeben)			Zahn- kosten	Fest- kosten- tarif	Zusatz oder sonstige Tarife*)	pflicht- ver- sichert	freiwillig ver- sichert	familien- versichert bei	11	12		
1	2	3									4	5
	Antragsteller(in) (A)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegattin/Ehegatte (E)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebenspartnerin/Lebenspartner (L)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kind				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Nur auszufüllen bei Arbeitslosigkeit ▼	
	Wer war als arbeitslos beim Arbeitsamt gemeldet?	In welchem Zeitraum?

7	Haben Sie oder Ihre Angehörigen eine sonstige eigene Beihilfeberechtigung?	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund einer beamtenrechtlichen Versorgung	wer:
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Dienstverhältnisses im öffentlichen Dienst als Beamtin/Beamter	wer:
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses	wer:
	<input type="checkbox"/> Ja, aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses	wer:
	gegenüber wem:	seit:

8	Sind Ihre Angehörigen bei einer/einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼	
	Welche Person?	
	Bei wem?	Name, Anschrift
		Dienstherr, Arbeitgeber

9	Bitte ausfüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner geltend gemacht werden	Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten bzw. Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Betrag von EUR 17.000? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Einkommensteuerbescheid beifügen (jährlich)
		Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

*) Hierunter fallen: Pflegekostenversicherungen, Auslands-(Reise)versicherungen, Ergänzungstarife für Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o. ä., nicht aber Taggeldversicherungen (Krankenhaustagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung).

10 Bitte ausfüllen bei a) Verletzungen jeglicher Art (auch wenn diese nicht mit einem Unfall in Verbindung stehen) oder b) bei Unfällen (ggf. kurze Unfallschilderung)	Die nachstehend aufgeführten Beleg.-Nr. enthalten Aufwendungen, die durch einen Unfall oder ein anderes schädigendes Ereignis entstanden sind: ► Beleg-Nr.:
	Datum des schädigendes Ereignisses: geschädigte Person: <input type="checkbox"/> Unfallmeldung liegt bereits vor <input type="checkbox"/> erstmalige Unfallmeldung (fügen Sie bitte stets eine Unfallschilderung auf einem gesonderten Blatt bei – auch bei Unfällen im privaten Bereich -!) ▼ Es handelt sich um einen Unfall, der sich in folgendem Umfeld ereignet hat: <input type="checkbox"/> im privaten Bereich <input type="checkbox"/> während des Dienstes/der Arbeit <input type="checkbox"/> Schul- oder Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> es liegt ein sonstiges schädigendes Ereignis (z. B. eine Berufskrankheit) vor.
	Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder nach dem Opferentschädigungsgesetz)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hinweis: Auch in Schadenersatzfällen kann Beihilfe gewährt werden, wenn die Ersatzansprüche auf den Dienstherrn übergehen.
	Familiename, Vorname(n), Anschrift und Aktenzeichen der/des Ersatzpflichtigen/Kostenträgers: Besteht neben Ihrer Krankenversicherung (ggf. Prozenttarif) noch eine Ergänzungs- krankenversicherung (ohne Krankenhaustagegeld- bzw. Krankentagegeld)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

11 Nur ausfüllen , wenn Aufwendungen für die Tätigkeit einer/eines nahen Angehörigen geltend gemacht werden	Um welche Aufwendungen handelt es sich? – Beleg-Nr.: (Als nahe Angehörige gelten: Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person) ► Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen
---	--

12 Nur ausfüllen , wenn die private Versicherung Leistungsausschlüsse enthält	Die nachstehend angegebenen Belege enthalten Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder auf Dauer eingestellt worden sind. Beleg-Nr.: Bitte Nachweis über Ausschluss beifügen (Vers.-Scheine o.ä.)
--	--

13 Nur auszufüllen bei Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit	Name der pflegebedürftigen Person:	
	Beim Erstantrag und bei Änderungen muss der Leistungsbescheid der Pflegekasse beigefügt werden!	
	In welcher Form erfolgt die Pflege? <input type="checkbox"/> Pflegedienst/Pflegeschkräfte <input type="checkbox"/> Selbst beschaffte Pflegehilfe (Verwandte, Nachbarn etc.): ▼ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson</div>	
	Bei Versicherungspflicht der pflegenden Person bitte die Mitteilung/Änderungsmittlung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung beifügen! <input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag ▼ ▼ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 45%;"> Beginn der Pflege </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 45%;"> Bisheriger Bewilligungszeitraum: vom bis Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja vom bis ggf. Grund der Unterbrechung: </div> </div>	
	Durch Belege nachzuweisen: <input type="checkbox"/> Kombinationspflege <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (teilstationäre Pflege) <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen wegen Pflegebedürftigkeit Leistungsansprüche aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften (z. B. Unfallfürsorgebestimmungen, BVG)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; bitte Leistungsbescheid oder ähnliche Nachweise beifügen	

14 Nur ausfüllen , wenn Sie einen Abschlag erhalten haben	Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten von EURO:	Bescheid vom:
--	--	---------------------

Zusammenstellung der Aufwendungen

Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die **Belege nach Personen geordnet** eintragen. Die Belege sind entsprechen zu nummerieren. Kopien sind ausreichend.

Wichtiger Hinweis zu Spalte 6:

Auch Kostenerstattungen von anderer Seite sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich und die Krankenkassenleistungen brauchen auch nicht angegeben zu werden.

1 Beleg-Nr.	2 Bezeichnung der/des Erkrankten (A=Antragsteller/in, E=Ehegatte/in, L=eingetr. Lebenspartner/in bei K=Kindern Vorname/n)	3 Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	4 Art der Aufwendungen (z. B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Sanatorium oder Krankenhaus, Heilkur, auswärtige Unterbringung zur Pflege)	5 Rechnungsbetrag		6 Kostenerstattung von anderer Seite	
				EURO	Cent	EURO	Cent
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe. Mir ist auch bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meine Ehegattin/meinen Ehegatten bzw. meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe der Einkünfte unzutreffend sind oder durch die nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden.

Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum:

Unterschrift: