**MAV**
**EVANGELISCHES DEKANAT AN DER LAHN**

Mitarbeitervertretung im Evangelischen Dekanat an der Lahn
Dietkircher Weg 5a 65549 Limburg

**Eingang am:**

# Antrag auf Leistungen aus dem Familienbudget 2026

**Abgabe bis 31.01.2027 mit allen notwendigen Anlagen**

**Bitte in Druckschrift ausfüllen! Grauhinterlegte Felder sind Pflichtfelder!**

| | |
|---|---|
| Name und Vorname | |
| Anschrift | |
| | |
| E-Mail-Adresse (wird für papierlosen Kontakt gespeichert) | |
| Telefon / Handynummer | |
| Name und Adresse der Arbeitsstelle (siehe Erläuterungen) | |
| Beschäftigt als | |
| Eintrittsdatum | |
| Dienstzeiten ohne Bezüge (siehe Erläuterungen) | 2026:<br>von bis<br>von bis |
| Kinder, für welche Kindergeld bezogen wird | Kind 1 – Geburtsdatum: Kind 2 – Geburtsdatum:<br>Kind 3 – Geburtsdatum: Kind 4 – Geburtsdatum: |
| Anzahl und Pflegegrade der betreuten Angehörigen | Angehöriger: Pflegegrad:<br>Angehöriger: Pflegegrad: |
| Beurlaubung ohne Bezüge (2026) | von bis |

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Seiten für jede Person das jeweilige Feld an. Bei Bedarf weiteren Antrag von der Homepage des Dekanats an der Lahn, Reiter MAV, herunterladen und ausfüllen.
Hatten Sie im Bereich Mobilität und gesundheitsfördernde Maßnahmen für sich selber Ausgaben, dann kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

Wir benötigen für alle Angaben einen entsprechenden Nachweis (in Kopie) [1].
Melden Sie bitte nur Leistungen an, die durch keine andere Kostenstelle erstattet oder gezahlt wurden (Krankenkasse, Zusatzversicherung, Arbeitgeber, etc.).

**MAV**
**EVANGELISCHES DEKANAT AN DER LAHN**

Mitarbeitervertretung im Evangelischen Dekanat an der Lahn
Dietkircher Weg 5a 65549 Limburg

| Name und Vorname | |
|---|---|

1. Mitarbeiter*innen, die ein leibliches oder staatlich anerkanntes Adoptiv- oder Pflegekind haben, erhalten gegen Nachweis (siehe Erläuterung) je Kind folgende Bewertungspunkte pro Monat:

1. a) ab Geburt bis vollendetes 3. Lebensjahr 3 Punkte

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

1. b) 4. bis vollendetes 6. Lebensjahr 2 Punkte

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

1. c) ab 7. Lebensjahr 1 Punkte

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

2. Mitarbeiter*innen, die einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, leibliches Kind, Adoptiv- oder Pflegekind, Ehegatte*in, Lebenspartner*in, Partner*in einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister) mit einem gesetzlich anerkannten Pflegegrad betreuen, erhalten gegen aktuellen Nachweis[2], dass sie Pflegeperson nach § 19 Abs. 1 SGB XI sind, folgende Punkte pro Betreuungsmonat:

2. a) Pflegegrad 4 und 5 3 Punkte

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

**MAV**
**EVANGELISCHES DEKANAT AN DER LAHN**

Mitarbeitervertretung im Evangelischen Dekanat an der Lahn
Dietkircher Weg 5a 65549 Limburg

| Name und Vorname | |
|---|---|

2. b) Pflegegrad 3 — 2 Punkte

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

2. c) Pflegegrad 2 — 1 Punkt

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

2. d) Pflegegrad 1 — 0,5 Punkte

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

3. Mobilität

3. a) Mitarbeiter*innen erhalten für die Anschaffung oder Leasing eines eigengenutzten Fahrrades, Pedelecs oder E-Bikes **pro Monat 0,5 Punkte** für die Dauer von höchstens 48 Monaten (muss jährlich neu beantragt werden). Nach Ablauf der Gesamtförderungsdauer von 48 Monaten kann ein neuer Antrag frühestens wieder nach 2 Jahren (E-Bike, Pedelec) und nach 6 Jahren (Fahrrad) gestellt werden. Nachweis: Kauf- oder Leasingvertrag in Kopie.

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

3. b) Zeitkarten ÖPNV zur Arbeitsstätte (Jahreskarten), **pro Monat 0,5 Punkte** für die Dauer von höchstens 12 Monaten (muss jährlich neu beantragt werden). Nachweis: Kopie der Karte, des Abos oder der Nachweis über den Zeitraum der Gültigkeit.

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

**MAV**
**EVANGELISCHES DEKANAT AN DER LAHN**

Mitarbeitervertretung im Evangelischen Dekanat an der Lahn
Dietkircher Weg 5a 65549 Limburg

| Name und Vorname | |
|---|---|

4. Zuschuss für gesundheitsfördernde Maßnahmen[3]
   Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind alle Maßnahmen, die der Gesunderhaltung von Mitarbeitenden dienen und von einem von den Sozialversicherungen anerkannten Träger angeboten werden.[4]
   Pro Monat 0,5 Punkte und muss jährlich neu beantragt werden.
   Nachweis: Kopie der Teilnahmebescheinigung, Mitgliedschaftsnachweis, etc. aus 2025
   Maximal können 12 Punkte im Jahr geltend gemacht werden.

| Jan | Feb | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug | Sep | Okt | Nov | Dez | MAV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.
Schriftliche Nachweise für alle Angaben sind diesem Schreiben in Kopie beigefügt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Antragstelle

Wir können nur vollständig ausgefüllte und rechtzeitig eingereichte Anträge mit aktuellen Nachweisen bearbeiten.

[1] [2] [3] [4] Siehe Anhang Erläuterung, Download über die Homepage