

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

An (Zentrale Beihilfestelle)

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
 Anschlussrehabilitation
 Sanatoriumsbehandlung

1 Antragsteller (Beihilfeberechtigte)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
	Personalkennzeichen/Vers.Nr.	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2 Erkrankte Person

<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Ehegatte (Vorname) <input type="checkbox"/> Lebenspartner ¹⁾	<input type="checkbox"/> Kind (Vorname)
--	--	---

3 Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung/ des Sanatoriums		
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (EUR)	zu leistende Vorauszahlung (EUR)

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen:			
<input type="checkbox"/> an mich	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus	<input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> an das Sanatorium
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	
IBAN		BIC	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

1) Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG.