

Geschäftszeichen bitte stets angeben:

Eingangsstempel

Landesamt für Finanzen

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
- Anschlussrehabilitation
- sonstige stationäre Rehabilitation
- Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

1. Antragstellerin/Antragsteller (Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

2. Erkrankte Person

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

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung / der Dialyse-Institution		
Behandlungstermin	Voraussichtliche Behandlungsdauer	
Aufnahmenummer	Allgemeiner Pflegesatz/Fallpauschale (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Bei Dialysebehandlung: Voraussichtliche Kosten (€)		
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (€) -nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird.		

4. Zahlungsweise

Die Überweisung soll erfolgen	<input type="checkbox"/> auf das Bezügekonto	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus
	<input type="checkbox"/> an die Dialyse-Institution	<input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung
KontoinhaberIn/Kontoinhaber (falls nicht Antragstellerin/Antragsteller)		
IBAN	 Kontoverbindungen in Deutschland immer 22 Stellen , sonstige Länder 15 bis max. 34 Stellen	
BIC		
Kreditinstitut		



Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt bzw. die Leistung nicht in Anspruch genommen wird.

Hinweis: Bitte legen Sie baldmöglichst einen Beihilfeantrag vor.

Ort, Datum	Unterschrift <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor
------------	--

