



Bitte senden Sie das gesamte Formular postalisch an:

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen  
PFB/Beihilfestelle  
Postfach  
48135 Münster

## Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlung

### A. Beihilfeberechtigte Person

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung

Geburtsdatum

Personalnummer

Anschrift, privat

/  
Telefon, privat (bitte mit Vorwahl)

Anschrift, Dienststelle

Telefon, dienstlich (bitte mit Vorwahl)

E-Mail, dienstlich

### B. Erkrankte/Pflegebedürftige Person

Beihilfeberechtigte Person

Berücksichtigungsfähige  
Person

Kind A

Kind B

Name

Name

Name

Name

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Geburtsdatum

## C. Grund der Antragstellung

Dauermedikation

Dauerbehandlung

Es entstehen monatliche Kosten in Höhe von (Angabe des gerundeten Geldbetrags auf volle Euro) €

## D. Zahlungsweise

Ich bitte um Überweisung an die genannte Einrichtung

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto

Geldinstitut

IBAN

BIC

Inhaber des Kontos (falls abweichend)

## E. Einzureichende Unterlagen

Folgende Nachweise sind diesem Antrag beigelegt:

Nachweis zur Behandlungs- oder Medikationsdauer

Nachweis der Einzelkosten

Nachweis des Behandlungs- oder Beschaffungsturnus

## F. Ich verpflichte mich,

- a) der Festsetzungsstelle jede Änderung zu Angaben in diesem Antragsformular, die Einfluss auf die Gewährung der wiederkehrenden Abschlagszahlungen hat oder haben kann, unverzüglich mitzuteilen,
- b) nach Ablauf des jeweiligen Bewilligungszeitraums oder nach Wegfall des Grundes für den Erhalt der wiederkehrenden Abschlagszahlungen unverzüglich einen gesonderten Beihilfeantrag bei der Beihilfestelle in Münster zu stellen und diesem sämtliche Belege, welche die hier beantragten wiederkehrenden Abschlagszahlungen betreffen, beizufügen sowie
- c) Überzahlungen, die sich möglicherweise nach der unter b) genannten Schlussabrechnung oder aus einem Verstoß gegen die unter a) und b) genannten Pflichten ergeben, an die Beihilfestelle zu erstatten.

Durch meine Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der von mir getätigten Angaben in diesem Antragsformular und dass ich bislang keine Zahlung wiederkehrender Abschläge für die in diesem Antragsformular aufgeführten Kosten für den hier gegenständlichen Bewilligungszeitraum beantragt habe. Weiterhin versichere ich, den Inhalt dieses Antragsformulars, insbesondere im Hinblick auf die ihr obliegenden Verpflichtungen, vollständig zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

Antragsformulare und Informationen zum Beihilferecht finden Sie auf der Internetseite [www.bav.bund.de](http://www.bav.bund.de).