Eingangsstempel

#### Bitte senden Sie das gesamte Formular postalisch an:

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen PFB/Beihilfestelle Postfach 48135 Münster

# Antrag auf Abschlagszahlung

	Ich bitt	e um eine	Abschlags	zahlung für	eine zu	erwartende	Beihilfe	für
--	----------	-----------	-----------	-------------	---------	------------	----------	-----

eine stationäre Krankenhausbehandlung. eine Dialysebehandlung.

stationäre oder ambulante ein Pflegegeld für selbst beschaffte

Rehabilitationsmaßnahmen. häusliche Pflege.

einmalig hohe Aufwendungen für den Kauf eines Arznei- oder Hilfsmittels.

#### A. Beihilfeberechtigte Person

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung Geburtsdatum Personalnummer

Anschrift, privat (bitte mit Vorwahl)

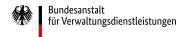
Anschrift, Dienststelle Telefon, dienstlich (bitte mit Vorwahl)

E-Mail, dienstlich

### B. Erkrankte/Pflegebedürftige Person

Beihilfeberechtigte Person Berücksichtigungsfähige Person Kind A Kind B

Name Name Name Name



## C. Zu erwartende Kosten

Name und Anschrift der Einrichtung	Voraussichtliche Behandlungsdauer Tage	Voraussichtliche Behandlungskosten Pflegesatz/Fallpauschale €						
	Angeforderte Vorauszahlung	Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (bitte nur angeben, wenn ein Zuschlag für die Unterbringung in einem Zwei- oder Ein-Bett-Zimmer berechnet wird)						
Name und Anschrift der Dialyse-Institution	€	€						
	Bei häuslicher Pflege: Abschlagszahlung für sechs Monate für den Zeitraum							
	bis							
		eit von ca. drei Wochen berücksichtigen.)						
	Pflegegrad 1	2 3 4 5						
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)								
Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festzusetzende Beihilfe übersteigt.								
Ein Nachweis über die Vorauszahlungsverpflichtung beziehungsweise eine ärztliche Verordnung sowie ein Nachweis über die voraussichtlich entstehenden Aufwendungen sind beifügt.								
Ort, Datum	Unterschrift der/des	es Beihilfeberechtigten						

stand: 05/20