

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen  
 - PFB / Beihilfestelle -  
 Postfach  
 48135 Münster

### Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung  Dialysebehandlung
- stationärer oder ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen  Pflegegeld für selbst beschaffte häusliche Pflege

A		Antragsteller/in (Beihilfeberechtigte/r)				
Name, Vorname, Amts- bzw. Dienstbezeichnung		geboren am		Personalnummer		
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		Telefon (privat)		Email (privat)		
Dienststelle (Anschrift, Haus, Zimmer)		Telefon (dienstlich)		Email (dienstlich)		
B		Erkrankte/Pflegebedürftige Person				
<input type="checkbox"/>	Antragsteller/in (Name)	<input type="checkbox"/>	Ehegatte/in / Lebenspartner/in (Name)	<input type="checkbox"/>	Kind (Name)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Kind (Name)	
C		Zu erwartende Kosten		Voraussichtliche Behandlungsdauer	Voraussichtliche Behandlungskosten in €	Angeforderte Vorauszahlung in €
Name und Anschrift der Einrichtung		Tage		Pflegesatz, Fallpauschale		
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			Pflegegrad			
(bitte eine Vorlaufzeit von ca. drei Wochen berücksichtigen)			1	2	3	4 5
D		Zahlungsweise				
<input type="checkbox"/>	Ich bitte um Überweisung an die genannte Einrichtung	<input type="checkbox"/>	Ich bitte um Überweisung auf mein Konto Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragssteller)			
Name und Sitz des Geldinstituts		Name und Sitz des Geldinstituts				
IBAN		IBAN				
BIC		BIC				
<b>Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzahlen ist, sofern er die festzusetzende Beihilfe übersteigt.</b>						
Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers						