

Zutreffendes bitte ankreuzen   
oder ausfüllen

An (Zentrale Beihilfestelle)  
Landesverwaltungsamt Berlin  
- VB B -  
10702 Berlin

## Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung  
 Dialyse  
 Anschlussrehabilitation/ Suchtbehandlung  
 stationärer Rehabilitationsmaßnahme  
 Mutter/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme  
 Sonstiges

### 1 Antragsteller (Beihilfeberechtigte/ r)

Name, Vorname	Personalkennzeichen/ Versorgungs-Nr.	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	E-Mail	Telefon

### 2 Erkrankte Person

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

### 3 Zu erwartende Kosten (bitte unbedingt **Nachweis** des Krankenhauses/ der Einrichtung **über die Höhe der** zu leistenden **Vorauszahlung beifügen**/ ggf. vom Krankenhaus/ von der Einrichtung ausfüllen lassen)

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Dialyse-Institution/ der Rehabilitationseinrichtung / Rechnungssteller		
voraussichtliche Behandlungsdauer	allgemeiner Pflegesatz/ Fallpauschale/ niedrigster Tagespflegesatz (EUR)	zu leistende Vorauszahlung (EUR)
voraussichtlicher Behandlungsbeginn		

### 4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen an:

mich     das Krankenhaus     die Dialyse-Institution     die Rehabilitationseinrichtung     Sonstige

Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
---------------------------------	--

Bankleitzahl	Konto-Nr.

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

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	ggf. Stempel des Krankenhauses/ der Einrichtung
------------	---------------------------------	---

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