

Antrag auf Abschlagszahlung

Hinweise:

-Bitte keine Rechnungen einreichen. Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
-Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
Landesverwaltungsamt Berlin Zentrale Beihilfestelle – VB B - 10702 Berlin	eMail-Adresse (Angabe freiwillig)	
	Dienst- / Wohnanschrift	
	Personalkennzeichen	
	Datum (TT.MM.JJ)	

Hiermit bitte ich um Gewährung einer Abschlagszahlung für die zu erwartende Maßnahme.

Ein Nachweis des Krankenhauses/ der Einrichtung über die Höhe der zu leistenden Vorauszahlung ist unbedingt beizufügen. Der gewährte Abschlag gilt für alle Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dieser Maßnahme stehen.

Nach Abschluss der Behandlung reichen Sie bitte die entsprechende Rechnung zur Verrechnung des gezahlten Abschlages ein.

1. Maßnahme	
<input type="checkbox"/> stationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Suchtbehandlung <input type="checkbox"/> Mutter/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Sonstiges	
2. Erkrankte Person	
<input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Ehegatte/in <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Kind/ er _____ (Name, Geb.Datum)	
3. Angaben zu den zu erwartenden Kosten	
Name und Anschrift des Krankenhauses/Einrichtung _____ € <small>Allgemeiner Pflegesatz/Fallpauschale/niedrigster Tagespflegesatz</small>	voraussichtl. Behandlungsdauer: _____ voraussichtl. Behandlungsbeginn: _____ zu leistende Vorauszahlung: _____ €
4. Zahlungsweise	
Die Überweisung des Abschlages soll erfolgen an: <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigte Person <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstige	
IBAN: DE _____ BIC: _____ Kontoinhaber/in: _____	
Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.	
Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.	
Unterschrift	