Service-Haus

Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe

An das

BA-Service-Haus
Beihilfe
90327 Nürnberg

oder per Fax

0911-179 1148

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. deutlich ausfüllen

Name/Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	12-stellige Personal-Nr. (s. Bezügeabrechnung)

☐ **Beamtin/Beamter** ☐ **Arbeitnehmer** ☐ **Versorgungsempfänger**

1a. Erkrankte Person:
☐ Beihilfeberechtigter
☐ Ehegatte
☐ Kind (Vorname)

1b. Krankenversicherung:
☐ priv. ☐ freiw. ☐ pflicht- ☐ fam.-versichert
ggf. bei ☐ Antragssteller/in ☐ Ehegatten

2. Anlass:
☐ stationärer Krankenhausaufenthalt

(Name und Anschrift des Krankenhauses)

voraussichtliche Behandlungsdauer: Tage
zu leistende Vorauszahlung: EUR

☐ Rehabilitationsmaßnahme ab
Anerkennungsbescheid des BA-SH vom

Hinweis:
Mit diesem Antrag, spätestens jedoch bei der Beantragung der Beihilfe, ist dem BA-Service-Haus eine Bescheinigung bzw. Merkblatt o. ä. über die Höhe der Krankenhauspflegesätze bzw. über den niedrigsten Satz der Rehabilitationseinrichtung für Unterbringung und Verpflegung im Mehrbettzimmer zu übersenden.

☐ sonstige Gründe

3. Gewünschter Abschlag (unter Berücksichtigung der voraussichtl. Höhe der aus dem o. a. Anlass zu erwartenden Beihilfe)

EUR

ggf. Höhe der zu erwartenden Kassenleistung: EUR

4. Überweisung ☐ an mich ☐ an das Krankenhaus

BLZ Kto.-Nr.

Name und Ort der Bank

5. **Erklärung:**
Mir ist bekannt, dass ich den Abschlag zurückzahlen muss, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt

(Ort, Datum) (Unterschrift)