

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

**Antrag auf Abschlagszahlung**  
für eine zu erwartende Beihilfe bei  
Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

**1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)**

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

**2. Erkrankte Person**

Antragsteller
  Ehegatte (Vorname)
  Kind (Vorname)

**3. Angaben zur Behandlung**

Name und Anschrift der Dialyse-Institution	
Behandlungsdauer	Voraussichtliche Kosten (€)

**4. Abschlagszahlung**

- an den Beihilfeberechtigten (Angaben zur Bankverbindung nicht erforderlich)  
 an die Dialyse-Institution

Angaben zur Bankverbindung

Name und Sitz des Geldinstitutes	Kontoinhaber
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte beachten Sie: Die Zahlung des Abschlags erfolgt unter dem Vorbehalt in Höhe des Beihilfebemessungssatzes. Er ist zurückzuzahlen, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten
------------	---