

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

### Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung  
 Anschlussrehabilitation  
 stationärer Rehabilitation

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. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung		
voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (€)		

#### 4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung.  
 Die Überweisung soll erfolgen:     an mich     an das Krankenhaus     an die Rehabilitationseinrichtung

Name und Sitz des Geldinstitutes	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten
<input type="text"/>	<input type="text"/>