

Name, Vorname, Amtsbezeichnung	
Dienststelle	
Aktenzeichen der ZBB	P 1820

Datum

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung/Heilkur Mutter/Vater-Kind-Kur und auf Gewährung einer Abschlagszahlung

Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

1. Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten

einer Sanatoriumsbehandlung in dem Sanatorium
einer Mutter/Vater-Kind-Kur

in

für mich selbst geb.:

für meinen Ehegatten

geb.:

für mein im Ortszuschlag berücksichtigungsfähiges Kind

geb.:

eine Heilkur in

für mich selbst geb.:

Familienstand

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

getrennt lebend

Anzahl der im Ortszuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder

Ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt seit

(voraussichtlicher Zeitpunkt)

Steht eine vorzeitige Versetzung in den Ruhestand bevor?

nein

ja

Liegt ein Antrag auf Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis vor?

nein

ja

Angaben zur Person des Erkrankten:

Besteht ein Anspruch auf freie Heilbehandlung gegenüber einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein

ja

(in diesem Falle bitte den ablehnenden Bescheid beifügen)

Besteht ein Versicherungsverhältnis bei einer RVO- oder Ersatzkasse?

nein

ja

Besteht eine private Krankenversicherung?

nein

ja

Wird der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten im Kalenderjahr der Antragstellung möglicherweise 18.000 EUR übersteigen?

nein

ja

(nur ausfüllen bei Aufwendungen für den Ehegatten)

Die Sanatoriumsbehandlung/Heilkur soll am

angetreten werden.

Wann wurde die letzte als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt?

Bitte genaues Datum angeben:

2. Ich bitte, mir auf die zu erwartende Beihilfe - frühestens 4 Wochen vor Antritt der Sanatoriumsbehandlung/Heilkur - einen Abschlag

in Höhe von _____ EUR zu gewähren.

Voraussichtlich zu erwartende Kosten:

Unterkunft und Verpflegung _____ Tage a _____ EUR = _____ EUR

(bei Sanatoriumsbehandlung niedrigster Pflegesatz,
bei Heilkuren 16,00 EUR täglich)

Ich bitte, den Abschlag auf das folgende Konto zu überweisen:

Bankleitzahl	Kontonummer	Kreditinstitut

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Anlagen

Bescheinigung des behandelnden Arztes

Nachweis über die Anerkennung als Sanatorium