

ANTRAG AUF ABSCHLAGSZAHLUNG EINER **ZU ERWARTENDEN BEIHILFE**

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer

Beihilfeberechtigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

WICHTIGER HINWEIS: Wenn Sie einen Abschlag für eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme wünschen, fügen Sie bitte den für den Behandlungszeitraum maßgebenden Pflegekostentarif bei. Sie erhalten diese Unterlagen beim Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung.

1. Person, für die der Abschlag gezahlt werden soll

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Ergänzende Angaben

a) Der Abschlag wird für eine Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation oder eine sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötigt

Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung

Tag der Aufnahme	Voraussichtliche Verweil-/Behandlungsdauer	Zu leistende Vorauszahlung – EUR –
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Basis-/Abteilungspflegesatz – EUR –	Fallpauschale/Sonderentgelt – EUR –	Zuschlag 2-Bettzimmer – EUR –
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) Der Abschlag ist aus sonstigem Grund erforderlich

Grund	Zu leistende Vorauszahlung – EUR –
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Zahlungsweg

Ich bitte um Überweisung an mich das Krankenhaus oder die Rehabilitationseinrichtung

IBAN DE	bei Geldinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verwendungszweck (z.B. Patienten- oder Aufnahme-Nr., bei Überweisung an die Einrichtung)

WICHTIGE HINWEISE:

Wenn eine Abschlagszahlung an ein Krankenhaus oder an eine Rehabilitationseinrichtung erfolgen soll, sind die Angaben zu Nr. 2 a und 3 unten zu bestätigen. Für einen Abschlag aus sonstigen Gründen fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei.

ERKLÄRUNG:

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

Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erklärung des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Nr. 2 a und 3 werden hiermit bescheinigt.

Stempel des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung, Datum, Unterschrift