



Thüringer Landesamt für Finanzen · Beihilfestelle · Ernst-Toller-Straße 14 | 07545 Gera || Postfach 1222 | 07502 Gera
Tel. +49 (0) 361 57 3628-141/143/144 | Fax: +49 (0) 361 57 3628-121 | E-Mail: poststelle-beihilfe@tlf.thueringen.de

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
 Anschlussheilbehandlung
 sonstiger stationärer Rehabilitation
 Dialysebehandlung

Personalnummer

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Vorname, Name	Personalnummer	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2. Erkrankte Person

Antragsteller	Ehegatte / eingetragener Lebenspartner (Vorname)	Kind (Vorname)
---------------	--	----------------

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung (<u>bitte Beleg zur Zahlungsaufforderung beifügen</u>)		
Behandlungsbeginn	Aufnahmenummer	
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (EUR)	Zu leistende Vorauszahlung (EUR)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (EUR) - nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird.		

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das Bezügekonto.
 Die folgenden Angaben sind daher nur bei den von der Beihilfestelle zugelassenen besonders begründeten Ausnahmefällen erforderlich.

Liegt ein von der Beihilfestelle zugelassener besonderer Ausnahmefall vor?

ja, die Überweisung der Beihilfe soll auf das nachstehende Konto erfolgen: **nein**

Name des Kreditinstituts		
BIC		
IBAN		
Kontoinhaber/in (Name, Vorname)		

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt. Sobald mir die Abschlussrechnung der Behandlungseinrichtung vorliegt, werde ich umgehend einen Antrag auf Beihilfe stellen. Der hier beantragte Abschlag ist dann zu verrechnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / des Bevollmächtigten