



Kommunaler  
Versorgungsverband  
Sachsen

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 style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" 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
------------	---