

# Antrag auf Abschlagszahlung

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt  
Beihilfeumlagekasse  
Carl-Miller-Str. 7  
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

**Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!**

Antragsformulare unter: [www.kvsa-magdeburg.de](http://www.kvsa-magdeburg.de)

Ich beantrage eine Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe aufgrund einer stationären

Krankenhausbehandlung (KH).

Anschlussrehabilitation (AHB).

Rehabilitationsmaßnahme (Reha).

## 1. Ergänzende Angaben zum/zur Antragsteller/in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort/Ortsteil

## 2. Angaben zur stationären Behandlung

### 2.1 Wer wird stationär behandelt?

ich selbst

mein/e Ehegatte/in oder Lebenspartner/in

Name, Vorname

mein Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

### 2.2 Erfolgt die stationäre Behandlung aufgrund eines Unfalls?

Ja (Bitte das Formular „Unfallmeldung“ beifügen.)

Nein

## 3. Angaben zu den Kosten

Name und Anschrift der stationären Einrichtung

voraussichtliche Verweil-/Behandlungsdauer

Tag der Aufnahme

allgemeiner Pflegesatz

€

Fallpauschale

€

Zuschlag für Zweibettzimmer\*

€

\*(Bitte nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird.)

zu leistende Vorauszahlung

€

für  Tage

#### 4. Bankverbindung

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung auf

mein Ihnen bekanntes Konto       folgendes Konto

\_\_\_\_\_  
IBAN (max. 34 Stellen)

\_\_\_\_\_  
BIC (max. 11 Stellen)

\_\_\_\_\_  
Name des Geldinstituts

\_\_\_\_\_  
Name Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)

#### 5. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

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

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten

#### 6. Erklärung der stationären Einrichtung (Nur auszufüllen, wenn die Behandlung bereits begonnen hat.)

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bescheinigt. Der für den Behandlungszeitraum maßgebende Pflegekostentarif ist beigefügt.

\_\_\_\_\_  
Patienten-Nr.

\_\_\_\_\_  
Aufnahme-Nr.

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der stationären Einrichtung

#### Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.