

# Antrag auf Abschlagzahlung

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

E-Mail-Adresse

Dienststellen-Nr.

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

**Regierungspräsidium Kassel  
Dezernat Beihilfen Hünfeld**

**36086 Hünfeld**

## Person, für die der Abschlag gezahlt werden soll

Name	Geburtsdatum
Bei abweichender Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

## Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/Sanatorium/AHB-Klinik	
Behandlungsbeginn	Voraussichtliche Behandlungsdauer (Tage)
Allgemeiner Pflegesatz (€)	
Zu leistende Vorauszahlung (€)	
Zuschlag für 2 Bett Zimmer (€)	
<small>(nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird)</small>	

## Zahlungsweg

Ich bitte um Überweisung  an mich  an das Krankenhaus/Sanatorium/AHB-Klinik

IBAN	
BIC	Bankname
Verwendungszweck (Patienten bzw. Aufnahmeummer)	

## Erklärung

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

Ort, Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person
------------	--