

Kommunaler Versorgungsverband M-V  
 Beihilfestelle  
 Bertha-von-Suttner-Str. 5  
 19061 Schwerin

**Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe bei**

- stationärer Krankenhausbehandlung  Anschlussheilbehandlung  
 stationärer oder ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen  Dialysebehandlung

**Antragsteller/in (Beihilfeberechtigte/r)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift	Telefon
Dienststelle	Personalnummer

**Erkrankte Person**

<input type="checkbox"/> Antragsteller/in (Name)	<input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Kind (Name)	<input type="checkbox"/> Kind (Name)
--	---	--------------------------------------	--------------------------------------

**Zu erwartende Kosten**

<input type="checkbox"/> Name und Anschrift der Einrichtung	Voraussichtliche Behandlungsdauer	Voraussichtliche Behandlungskosten in €	Angeforderte Vorauszahlung in €
	Tage	Pflegesatz, Fallpauschale	
<input type="checkbox"/> Name und Anschrift der Dialyse-Institution			

**Zahlungsweise**

<input type="checkbox"/> Ich bitte um Überweisung an die genannte Einrichtung	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)
Name und Sitz des Geldinstituts	Name und Sitz des Geldinstituts
BIC	BIC
IBAN	IBAN

**Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festzusetzende Beihilfe übersteigt.**

Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin/Antragstellers
---