Name, Vorname	Ort, Datum
	Personalnummer:

Beschäftigungsdienststelle

_____

_____

_____

_____

Antrag auf Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Dienstunfallfürsorge

Stark umrandete Felder sind nicht von der Antragstellerin oder dem Antragsteller auszufüllen. Bei Dienstunfällen mit Drittverschulden bitte in **2-facher** Ausfertigung einreichen.

Zusammenstellung der Aufwendungen:

Beleg Nr.	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag €	Cent	Erstattungsfähiger Betrag €	Cent	Beleg Nr.	Rechnungsdatum	Rechnungsbtrag €	Cent	Erstattungsfähiger Betrag €	Cent
1						8					
2						9					
3						10					
4						11					
5						12					
6						13					
7						14					

Gesamtsumme der Aufwendungen: €

Zu den Aufwendungen habe ich eine ☐ **Abschlagszahlung** aus Mitteln der Dienstunfallfürsorge erhalten	am (Datum)	DM/€
Versicherungsleistungen (Krankenversicherung) habe ich ☐ beantragt ☐ nicht beantragt ☐ erhalten ☐ nicht erhalten		
Summe der **Versicherungsleistungen:** € (bitte Nachweis beifügen Kopie)		
Beihilfe nach den Beihilfevorschriften habe ich ☐ beantragt ☐ nicht beantragt ☐ erhalten ☐ nicht erhalten		
Summe der **Beihilfeerstattung:** € (bitte Kopie des Beihilfebescheides beifügen)		

Die Erstattung erfolgt auf das **Gehaltskonto!**

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

_____

Unterschrift