

**Anhang 7
(VwV zu § 62 Absatz 5)**

Absender (Klinik/Einrichtung) Telefonnummer für Rückfragen:	<p>Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</p> <p>für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (einschließlich Anschlussheilbehandlung, Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, Familienorientierte Rehabilitation, Suchtbehandlung) bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 3 Tagen</p> <p>Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.</p> <p>Az. (Org-Nr./Personalnummer) des Beihilfeberechtigten</p> <p>Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)</p>
<p>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</p> <p>Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe PF 10 06 55 01076 Dresden</p>	
<p>Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung, – Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, – Krankenversicherungsschutz, – anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant), – Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, – anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz), – Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (soweit hier relevant), – Anschrift, – keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen, – keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten. <p>Hinweis:</p> <p>Bei Veränderungen der vorgenannten Sachverhalte sind der Festsetzungsstelle das ausgefüllte Antragsformular (Langantrag, Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zu übersenden. Haben sich die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners geändert, ist auch die Vorlage des Kurzantrages (Anlage 9 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) und des ausgefüllten Formblattes „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 zur VwV-SächsBhVO) ausreichend.</p> <p>Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die stationäre Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.</p>	
<p>Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten</p>	

Von der stationären Einrichtung auszufüllen

Aufnahmetag	Aufnahme-Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen; Nichtzutreffendes bitte streichen	
Sonstige Kostenträger	Verweildauer circa	Pfleagesatz in Euro:	
Einweisender Arzt		Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in Euro:	
Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):		Zuschlag für Zweibettzimmer in Euro:	
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> Mutter-/Vater-Kind-Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> Suchtbehandlung
<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Belegarzt		
Liegt ein Arbeits-/Dienst- oder Schulunfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung			