

Name, Vorname
Anschrift
Personalnummer: E-Mail-Adresse: Telefonnummer:

Datum
-------

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

Zentrale Bezügestelle  
des Landes Brandenburg  
Postfach 15 60 21  
03060 Cottbus

## Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsbehandlung, Mutter/Vater-Kind-Kur oder ambulanten Rehabilitation (Heilkur) und auf Gewährung einer Abschlagszahlung

### 1. Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit

einer stationären Rehabilitation in folgender Rehabilitationseinrichtung

für mich selbst geb.: für meinen Ehegatten geb.:

für mein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind geb.:

Begleitperson für das Kind erforderlich  
(Name, Vorname)

einer Mutter/Vater-Kind-Kur in folgender Mutter bzw. Vater-Kind Rehabilitationseinrichtung

für mich selbst geb.: für meinen Ehegatten geb.:

für mein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind geb.:

als gesundes Begleitkind  
als behandlungsbedürftiges Kind

einer ambulanten Rehabilitation  
(Heilkur) mit Übernachtung in

(Heilkurort)

für mich selbst geb.:

(voraussichtlicher Zeitpunkt)

Steht eine Versetzung in den Ruhestand bevor? nein ja

Haben Sie einen Antrag auf Entlassung aus dem Dienstverhältnis gestellt? nein ja

### 2. Angaben zur Person des Erkrankten:

Wurde bereits ein Antrag bei einem gesetzlichen Kostenträger gestellt? nein ja (in diesem Falle bitte den ablehnenden Bescheid beifügen)

Besteht ein Versicherungsverhältnis bei einer Gesetzlichen Krankenkasse? nein ja

Besteht eine private Krankenversicherung? nein ja

Wird der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) des Ehegatten 17.000 EUR? nein ja (nur ausfüllen bei Aufwendungen für den Ehegatten)

Die Rehabilitation/Kur soll am angetreten werden.

Wann wurde die letzte Rehabilitation/Kur durchgeführt?  
(Monat/Jahr)

