

Antrag auf
 Kostenerstattung / **vorläufige Kostenerstattung im Heilverfahren**
im Rahmen der Dienstunfallfürsorge (§ 36 SächsBeamtVG)

Aktenzeichen – bitte angeben –

Landesamt für Steuern und Finanzen
Referat 333D/Dienstunfall
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

Anzahl der **beigefügten**
Belege: _____

(Zweitschriften oder Kopien
ausreichend)

Antragssumme in EUR: _____

A

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Name der verletzten Person | Vorname der verletzten Person | Telefon-Nr. / E-Mail für Rückfragen |
| Straße, Haus - Nr. | | Postleitzahl, Wohnort |
| Überweisung abweichend an bevollmächtigte Person Name, ggf. Vorname | | Aktenzeichen der/ des Bevollmächtigten (sofern erforderlich) |

B

Es wird die **Kostenerstattung** bzw. **vorläufige Kostenerstattung** beantragt für:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> die notwendige ärztliche Behandlung sowie die notwendige Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen. | <input type="checkbox"/> die notwendige Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI. (Pflegegeld und Entlastungsbetrag <u>ohne</u> Beleg) |
| <input type="checkbox"/> die notwendige Versorgung mit Arznei- und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln. | <input type="checkbox"/> entstandene Reisekosten. Bitte Aufstellung der Fahrten mit km-Angaben beifügen. |
| <input type="checkbox"/> den außergewöhnlichen Kleider- und Wäscheverschleiß. | <input type="checkbox"/> Sonstiges. Bitte unter E, ggf. auf separaten Blatt erläutern. |

C

Haben Sie für die hiermit beantragten Aufwendungen bereits einen Antrag auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften gestellt?

Nein ja, am _____

Falls ja: Wurde hierüber bereits eine Entscheidung durch die Beihilfestelle getroffen?

Nein ja, mit Bescheid vom _____ (Bitte Beihilfebescheid vorlegen!)

Haben Sie für die hiermit beantragten Aufwendungen bereits einen Leistungsantrag bei Ihrer Krankenversicherung gestellt?

Nein ja, am _____

Falls ja: Wurde hierüber bereits eine Entscheidung durch Ihre Krankenversicherung getroffen?

Nein ja, am _____ (Bitte Abrechnungsmitteilung vorlegen!)

D

Die Heilverfahrens-Leistung soll auf das **folgende Konto des Antragstellers/ der Antragstellerin bzw. der o. g. bevollmächtigten** Person überwiesen werden:

(HINWEIS: Eine direkte Überweisung des Landesamtes für Steuern und Finanzen an den jeweiligen Rechnungssteller ist nicht möglich!)

| | | |
|--------------|-----|------|
| ↓ | ↓ | ↓ |
| Geldinstitut | BIC | IBAN |
| | | |

E

Bemerkungen oder sonstige Hinweise

F

Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Dienstunfallfürsorge gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Dienstunfallfürsorge) abrufen. Die/ den behördliche/n Datenschutzbeauftragte/n des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Hinweise. Die **Belege** habe ich beigelegt. Sie enthalten nur dienstunfallbedingte Aufwendungen. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Erstattung sind und dass ich nachträgliche Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen sofort dem Landesamt für Steuern und Finanzen anzuzeigen habe. Im Fall einer mit Bescheid festgestellten Rückforderung bereits gewährter Heilbehandlungskosten erkläre ich mich bereit, diese zurückzuzahlen. Sofern ein Beihilfeanspruch auf die nicht dienstunfallbedingten Aufwendungen besteht, erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Ansprüche gegen den Rückforderungsanspruch verrechnet werden dürfen.

(Bei Verhinderung Unterschrift der Vertretung mit Bezeichnung des Vertretungsverhältnisses.)

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift der verletzten oder bevollmächtigten Person |
|------------|--|