

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten für eine Familienorientierte Rehabilitation**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D - Beihilfe  
Postfach 10 06 55  
01076 Dresden

|                                    |
|------------------------------------|
| Vor- und Zuname des Antragstellers |
| Org.-Nr. – Personalnummer          |
| Dienststelle                       |
| Wohnanschrift                      |
| Telefonnummer (Angabe freiwillig)  |

**Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitation nach § 37 Abs. 2 Nr. 4 SächsBhVO**

für folgende Person/Personen:

|  |
|--|
|  |
|--|

Die Behandlung soll durchgeführt werden:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Behandlungsbeginn | in (Name der Einrichtung, PLZ und Ort) |
|                   |  |

- Die ärztliche Verordnung habe ich bereits vorgelegt.
- Die ärztliche Verordnung lege ich zusammen mit diesem Antrag vor.

Den nachfolgenden Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

**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 Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: [Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de)

.....  
Datum, Unterschrift