

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

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei
Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung
Geburtsdatum	Org-Nr. - Personalnummer
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	

2. Erkrankte Person

Antragsteller <input type="checkbox"/>	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (Vorname) <input type="checkbox"/>	Kind (Vorname, ggf. Name) <input type="checkbox"/>
---	---	---

3. Kosten

Name und Anschrift Dialyseeinrichtung		
.....		
Behandlungsdauer		voraussichtliche Kosten (EUR)
von:	bis:	

Bitte legen Sie mit dem Antrag auf Abschlagszahlung einen Nachweis der Einrichtung über die geforderte Vorauszahlung vor.

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

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.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------