

Antrag auf 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
Originalbelege: _____

Antragssumme in EUR: _____

A

Name des Verletzten:	Vorname des Verletzten:	Telefonnummer / E-Mail für Rückfragen:
Straße, Haus - Nr.:		Postleitzahl, Wohnort
Überweisung abweichend an (z. B. Bevollmächtigten) Name, ggf. Vorname		Aktenzeichen der/ des Bevollmächtigten (sofern erforderlich)

B

Es wird die Kostenerstattung beantragt für:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> die notwendige ärztliche Behandlung sowie die notwendige Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen.

die notwendige Versorgung mit Arznei- und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln. | <input type="checkbox"/> die notwendige Pflege.

entstandenen Reisekosten. Bitte fügen Sie eine Aufstellung der Fahrten mit km-Angaben bei.

Es werden triftige Gründe beantragt. Bitte fügen Sie eine gesonderte Erklärung hierzu bei. |
| <input type="checkbox"/> den außergewöhnlichen Kleider- und Wäscheverschleiß. | 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? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Falls ja: Wurde hierüber bereits eine Entscheidung durch die Beihilfestelle getroffen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, mit Bescheid vom _____	Haben Sie für die hiermit beantragten Aufwendungen bereits einen Leistungsantrag bei Ihrer Krankenversicherung gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Falls ja: Wurde hierüber bereits eine Entscheidung durch Ihre Krankenversicherung getroffen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Bitte Abrechnungsmitteilung der Krankenversicherung vorlegen!
--	---

Sind Aufwendungen durch die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder durch Tätigkeiten eines bei ihm abhängig Beschäftigten Mitarbeiters, der nicht selbst liquidationsberechtigt ist, entstanden?

- Nein
- Ja, folgende:
- Name des Behandlers bzw. Liquidationsberechtigten: _____
- Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist
- Ehegatte/eingetragener Lebenspartner des Verletzten.
 - Elternteil des Verletzten.
 - Kind des Verletzten.
- Es sind Sachkosten entstanden. Bitte Nachweis beifügen!

D

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

(BEACHTTE: 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 **Originalbelege** (= 1. Ausfertigung) 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, diesen 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 des Vertreters mit Bezeichnung des Vertretungsverhältnisses.)

Ort, Datum

Unterschrift des verletzten Beamten oder Vertreters

--	--