

Erstattungsantrag auf Heilfürsorgeleistungen (Heilpraktikerleistung)

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon (privat)
------------------------------	--------------	----------------------------

Polizeiverwaltungsamt
 Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
 Postfach 230 209
 01112 Dresden

Versichertennummer

Anzahl der Belege

Wohnanschrift:			
Dienststelle:		Standort:	
Die Überweisung ist auf folgendes Konto vorzunehmen:			
IBAN:		BIC:	

Zur Beachtung: Der Erstattungsantrag wird nur unter Vorlage der Originalbelege bearbeitet. Die Belege sollten nicht geheftet sein, da diese eingescannt werden.

Es besteht für die in der Anlage geltend gemachten Aufwendungen anderweitiger/zusätzlicher Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber einem anderen Kostenträger (private Versicherung, Sozialversicherungsträger) oder nach einer anderen Rechtsvorschrift (Beamtenrecht).

Nein Ja

Wenn ja: Name des anderen Kostenträgers Versicherungsschein-Nr. bei diesem Kostenträger	
--	--

Für die in der Anlage geltend gemachten Aufwendungen habe ich bei einem anderen Kostenträger einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt.

Nein Ja (Bitte Abrechnungsnachweis des anderen Kostenträgers beifügen!)

Aufwendungen für Inanspruchnahme von Leistungen eines Heilpraktikers

<input type="checkbox"/> Leistungen des Heilpraktikers		EUR
<input type="checkbox"/> Vom Heilpraktiker verordnete Arznei - und Verbandmittel (Bitte Rezepte beifügen)		EUR
<input type="checkbox"/> Vom Heilpraktiker veranlasste Laborleistungen		EUR

Stehen die beantragten Erstattungen im Zusammenhang mit einem Dienstunfall/ Berufskrankheit/ Wehrdienstbeschädigung/ Verfolgtenleiden/ Impfschaden?

Nein

Ja / Wenn ja, welche

Nein

Ja / Wenn ja, welche

Die Erstattung von Heilpraktiker-Leistungen erfolgt entsprechend den in den Beihilfavorschriften festgelegten Bemessungssätzen zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (50% oder einem erhöhten Bemessungssatz von 70% bzw. 90%).

Zur Bestimmung des Bemessungssatzes beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen.

Haben Sie mindestens 1 Kind, dass im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig war oder ist?

Nein

Anlage zu diesem Antrag muss nicht ausgefüllt werden.

ja

Bitte nachfolgende Frage beantworten und die Anlage zum Erstattungsantrag ausfüllen

Ist der andere Elternteil ebenfalls heilfürsorgeberechtigt (Freistaat Sachsen)?

Nein

Ja

Bitte nachfolgende Frage beantworten.

Wurde die Festlegung, wer den erhöhten Bemessungssatz von 70% bzw. 90% erhält, bereits getroffen?
(Hinweis: Die Festlegung kann grundsätzlich nur einmal getroffen werden.)

Nein

Ja

Angaben zum Berechtigten:

Name, Vorname:

Die Festlegung wurde getroffen am:

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilfürsorgestelle notwendige schriftliche oder telefonische Auskünfte über Belege bei dem Behandler oder dem Rechnungssteller einholen kann und entbinde hierzu die Behandler und/oder Leistungserbringer von ihrer ggfls. obliegenden Schweigepflicht. Mit der Übersendung entsprechend erforderlicher Unterlagen an die Heilfürsorge sowie deren Verwertung im Verwaltungsverfahren bin ich einverstanden. Diese Erklärung kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis gem. Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung:

Ihre Daten werden vom Polizeiverwaltungsamt, Referat Heilfürsorge zum Zwecke der Prüfung, Festsetzung und Zahlung des von Ihnen geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gem. den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Weitere datenschutzrechtliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter:

<http://epolsax?ft=FormblattXDatenschutzXInfoXHeilXrsorge-id111971.pdf>

Anlage zum Erstattungsantrag (Heilpraktikerleistung) vom

Antragsteller: Name, Vorname

Geburtsdatum

Vorwahl / Telefon

Erklärung zur Höhe des Bemessungssatzes bei Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen

Ist ein Kind im Familienzuschlag von verschiedenen Heilfürsorgeberechtigten berücksichtigungsfähig, ist eine Festlegung der Heilfürsorgeberechtigten zu treffen, wer für den Fall der Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Erstattung der Aufwendungen durch die Heilfürsorge den erhöhten Bemessungssatz von 70% bzw. 90% erhält.

Wird diese Erklärung gegenüber der Heilfürsorge nicht abgegeben, erhält nur der Heilfürsorgeberechtigte, der nachweislich den Anteil im Familienzuschlag erhält, den erhöhten Bemessungssatz.

Werden bei mehr als einem Kind jedem heilfürsorgeberechtigten Elternteil mindestens für ein Kind der Familienzuschlag gewährt und kommt keine gemeinsame Erklärung gegenüber der Heilfürsorge zustande, erhalten beide heilfürsorgeberechtigten

Elternteile jeweils nur den Bemessungssatz von 50 % bei der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen.

1) Berücksichtigungsfähige Kinder:

Angaben zu Ihren Kindern						
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Wegfall der Berücksichtigung im Familienzuschlag		Wiederaufnahme der Berücksichtigung im Familienzuschlag		
		Ja	ab	Ja	ab	
1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

2) Anderer heilfürsorgeberechtigter Elternteil (Freistaat Sachsen):

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

3) Wir bestimmen gemeinsam, dass die folgende Person den erhöhten Bemessungssatz aufgrund der oben genannten Kinder bei der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen erhält:

Name, Vorname

Wir versichern, dass keine weitere heilfürsorgeberechtigte Person den erhöhten Bemessungssatz für die genannten Kinder erhält. Uns ist bekannt, dass diese Bestimmung nur in Ausnahmefällen (beispielsweise im Scheidungsfall) neu getroffen werden kann. Diese Erklärung kann nicht einseitig aufgehoben werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift andere heilfürsorgeberechtigte Person