

Personalnummer
Beihilfeberechtigter

Oberfinanzdirektion Koblenz – ZBV
- Beihilfestelle –

56062 Koblenz

E r k l ä r u n g

nach § 5 a Abs. 2 Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO)

- Ich möchte ab dem 1. Januar 2003 für den Fall eines stationären Krankenhausaufenthalts Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß § 5 a BVO für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Anspruch nehmen. Dafür zahle ich ab dem 1. Januar 2003 einen Betrag von 13 Euro monatlich. Ich weiß, dass dieser Betrag von meinen Bezügen einbehalten wird. Da ich zur Zeit keine Bezüge erhalte, erteile ich eine Einzugsermächtigung für das Konto Nr.bei.....BLZ..... Kontoinhaber/in
- Ich möchte für den Fall eines stationären Krankenhausaufenthalts Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß § 5 a BVO für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen **nicht** in Anspruch nehmen. Ich weiß, dass meine Erklärung – außer in den Fällen des § 5 a Abs. 2 Nr. 2 BVO – unwiderruflich ist.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

(Beihilfeberechtigte/r – Erziehungsberechtigte/r – Bevollmächtigte/r)
Nichtzutreffendes bitte streichen