

Name: \_\_\_\_\_ Tel. p./d.: \_\_\_\_\_

Dienstbez.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Name der Bank: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ IBAN: DE \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

**SOLIDARFONDS**  
**Melsunger Str. 8a**  
**60389 Frankfurt/Main**

<b>Wird vom Solidarfonds ausgefüllt</b>
<b>Auftrags-Nr.</b>
<b>Mitglieds-Nr.</b>

**ANTRAG aus Mitgliederbeiträgen**

				<b>HILFE</b>
<b>1</b>	<b>Krankenhausaufenthalt</b>	Name des Familienmitglieds	Zeitraum	Tage
<b>2</b>	<b>Kur / Sanatorium / Kurzzeitpflege</b>	Name des Familienmitglieds	Zeitraum	Tage
<b>3</b>	<b>Psychotherapie</b>	Bitte Rechnung, Abrechnung von Krankenkasse und Beihilfe beifügen		
<b>4</b>	<b>Zahnbehandlung / Kieferorthopädie</b>	Bitte Rechnung, Abrechnung von Krankenkasse und Beihilfe beifügen		
<b>5</b>	<b>Rezeptgebühren</b>	Zeitraum	Abzugsbetrag / Eigenanteil	Beihilfebemessungssatz in %
<b>6</b>	<b>Brillenpauschale</b>	Name des Familienmitglieds	Rechnungsbetrag	Rechnungsdatum
<b>7</b>	<b>Hörgeräte</b>	Name des Familienmitglieds	Gesamtkosten	Erstatt. Kasse Erstatt. Beihilfe
<b>8</b>	<b>Säuglingsausstattung</b>	Name des Familienmitglieds	Geburtsdatum	
<b>9</b>	<b>Bestattungshilfe</b>	Name des Familienmitglieds	Sterbedatum	
<b>10</b>	<b>Hilfe zu Dienstantritt / Versetzung i.d. Ruhestand</b>	Dienstantrittsdatum	Ruhestand - Versetzungsdatum	
<b>11</b>	<b>Ausbildungshilfe</b>	Kind 1 - Vor- u. Zuname	Kind 2 - Vor- u. Zuname	Kind 3 - Vor- u. Zuname
<b>12</b>	<b>Notstandshilfe bei Krankheitskosten</b>	(Evtl. besonderes Schreiben mit Begründung – siehe Richtlinien)		
<b>13</b>	<b>Physiotherapie</b>	(Bitte Abrechnung von Krankenkasse und Beihilfe beifügen)		
<b>14</b>	<b>Wahlleistungseigenbeitrag</b>	Kalenderjahr (Bitte die Dezember-Gehaltsabrechnung vorlegen)		
<b>15</b>	<b>Sonstiges</b>	(Bitte vollständige Abrechnungsunterlagen und ggf. kurze Erläuterung beifügen)		
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin</b>		<b>Sachlich und rechnerisch richtig</b>	
<b>Summe</b>				

Erläuterungen: