KOMMUNALER VERSORGUNGSVERBAND
SACHSEN-ANHALT
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS MIT SITZ IN MAGDEBURG

Beihilfeaufwendungen

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beihilfeumlagekasse
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!

Antragsformulare unter: **www.kvsa-magdeburg.de**

__.__.____
Anlage zum Beihilfeantrag vom

WICHTIG: Für jede Aufwendung ist ein Beleg beizufügen. Bitte die Belege nach Personen sortieren, oben rechts mit dem entsprechenden **Personenkürzel kennzeichnen** und in die Liste eintragen.

Person: A = Antragsteller/in, E = Ehegatte/in bzw. eingetragene/r Lebenspartner/in, K1 = Kind 1, K2 = Kind 2 usw.

Aufwendungsart: Ä = ärztl. Behandlung, Z = zahnärztl. Behandlung, F = Fahrtkosten, H = Heilmittel, HM = Hilfsmittel,`
KH = Krankenhaus, R = Rezept, S = Sonstiges

Beleg Nr.	Rechnungs-datum (TT|MM|JJJJ)	Person	Aufwen-dungsart	Rechnungs-betrag in Euro	Beleg Nr.	Rechnungs-datum (TT|MM|JJJJ)	Person	Aufwen-dungsart	Rechnungs-betrag in Euro

Beleg Nr.	Rechnungs-datum (TT|MM|JJJJ)	Person	Aufwen-dungsart	Rechnungs-betrag in Euro	Beleg Nr.	Rechnungs-datum (TT|MM|JJJJ)	Person	Aufwen-dungsart	Rechnungs-betrag in Euro