

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**

							HILFE
1	<b>Krankenhausaufenthalt</b>	Name des Familienmitglieds	Zeitraum		Tage		
2	<b>Kur / Sanatorium / Kurzzeitpflege</b>	Name des Familienmitglieds	Zeitraum		Tage		
3	<b>Psychotherapie</b>	Name des Familienmitglieds	Gesamtkosten		Rechnungsdatum		
			Erstattung Kasse		Erstattung Beihilfe		
4	<b>Zahnprothetik / Kieferorthopädie</b>	Name des Familienmitglieds	Gesamtkosten		Rechnungsdatum		
			Erstattung Kasse		Erstattung Beihilfe		
5	<b>Rezeptgebühren</b>	Zeitraum	Abzugsbetrag / Eigenanteil		Beihilfebemessungssatz in %		
6	<b>Brillenpauschale</b>	Name des Familienmitglieds	Rechnungsbetrag		Rechnungsdatum		
7	<b>Hörgeräte</b>	Name des Familienmitglieds	Gesamtkosten	Erstatt. Kasse	Erstatt. Beihilfe		
8	<b>Säuglingsausstattung</b>	Name des Familienmitglieds	Geburtsdatum				
9	<b>Bestattungshilfe</b>	Name des Familienmitglieds	Sterbedatum				
10	<b>Dienstantrittshilfe</b>	Antrittsdatum	Dienstort				
11	<b>Ausbildungshilfe</b>	Name des Familienmitglieds	Wintersemester	Sommersemester	beantr. Semester		
12	<b>Notstandshilfe bei Krankheitskosten</b>	(Evtl. besonderes Schreiben mit Begründung – siehe Richtlinien)					
13	<b>Sonstiges z.B. Physiotherapie</b>	(Bitte vollständige Abrechnungsunterlagen und ggf. kurze Erläuterung beifügen)					
14	<b>Wahlleistungseigenbeitrag</b>	Kalenderjahr (Bitte die Dezember-Gehaltsabrechnung vorlegen)					
<b>Datum</b>		<b>Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin</b>			<b>Sachlich und rechnerisch richtig</b>		<b>Summe</b>

Erläuterungen: