

Antrag Rehabilitationsmaßnahme / Heilkur

Performa Nord

Ausgefüllt und unterschrieben zurück an

Performa Nord
Beihilfefestsetzungsstelle
Schillerstr. 1
28195 Bremen

Eingangsstempel Performa Nord

Zutreffendes bitte ankreuzen

Beihilfeberechtigte Person	
4-stellige Kundennummer & 7-stellige Personalnummer	Telefon (<i>freiwillige Angabe</i>)
Name, Vorname	Geburtsdatum
Eintrittsdatum in den öffentlichen Dienst	E-Mail (<i>freiwillige Angabe</i>)
Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens ein Jahr ununterbrochen im bremischen öffentlichen Dienst tätig bin.	Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens zehn Jahre dem öffentlichen Dienst angehöre.

Wichtige Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der Antrag ist zweifach bei Performa Nord – P3 – einzureichen. ▶ Beamte mit Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse beziehungsweise Ersatzkasse haben dem Antrag den Bewilligungsbescheid der Krankenkasse beizufügen. ▶ Beamte mit Zugehörigkeit zu einer privaten Krankenversicherung haben dem Antrag ein ärztliches Attest mit detaillierter Begründung über die Notwendigkeit der Heilmaßnahme beizufügen. ▶ Dieser Antrag ist Ihrer Beschäftigungsdienststelle zwecks Kenntnisnahme hinsichtlich eines eventuell zu gewährenden Sonderurlaubs Vorzulegen. ▶ Formulare finden Sie im Internet unter https://performanord.bremen.de unter der Rubrik Dokumente → Beihilfe & Heilfürsorge.

1. Art der Maßnahme						
<p>Welche Art der Maßnahme beantragen Sie</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Rehabilitationsmaßnahme (§ 5 Bremische Beihilfeverordnung) </td> <td style="width: 50%;"> Heilkur (§ 6 Bremische Beihilfeverordnung) </td> </tr> <tr> <td> Rehabilitationsmaßnahme für privat versicherte berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 5 Bremische Beihilfeverordnung) </td> <td> Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur (§ 6 Bremische Beihilfeverordnung) </td> </tr> <tr> <td> Suchtbehandlung (§ 5a Bremische Beihilfeverordnung) </td> <td></td> </tr> </table>	Rehabilitationsmaßnahme (§ 5 Bremische Beihilfeverordnung)	Heilkur (§ 6 Bremische Beihilfeverordnung)	Rehabilitationsmaßnahme für privat versicherte berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 5 Bremische Beihilfeverordnung)	Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur (§ 6 Bremische Beihilfeverordnung)	Suchtbehandlung (§ 5a Bremische Beihilfeverordnung)	
Rehabilitationsmaßnahme (§ 5 Bremische Beihilfeverordnung)	Heilkur (§ 6 Bremische Beihilfeverordnung)					
Rehabilitationsmaßnahme für privat versicherte berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 5 Bremische Beihilfeverordnung)	Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur (§ 6 Bremische Beihilfeverordnung)					
Suchtbehandlung (§ 5a Bremische Beihilfeverordnung)						

2. Angaben zur Maßnahme	
Zeitraum (<i>von / bis</i>)	Vorgesehener Heilkurort / Behandlungsort
Vorgesehene Einrichtung	

3. Angaben zur berücksichtigungsfähigen angehörigen Person

Der Antrag wird für folgende Person gestellt

Ehe- oder Lebenspartner:in

Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

4. Angaben zu vorangegangenen Maßnahmen

Wurde im laufenden oder in den drei vorangegangenen Jahren vor der Antragstellung eine Heilkur oder eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

nein

ja, wann:

Zeitraum (von / bis)

5. Ende des Dienstverhältnisses

Endet ihr Dienstverhältnis vor Ablauf des Jahres nach Durchführung der Heilkur oder der Rehabilitationsmaßnahme?

nein

ja, durch:

Versetzung in den Ruhestand

Beginn der Freistellungsphase während der Altersteilzeit

6. Abweichende antragstellende Person

(nur auszufüllen, wenn Sie nicht die beihilfeberechtigte Person sind)

Bevollmächtigte:r

Kind, Ehe- oder Lebenspartner:in

sonstige:r

Name, Vorname (der antragstellenden Person)

Anschrift

► Nachweis

ist beigefügt

liegt bereits vor

7. Zusendung von Antragsformularen

Ich benötige:

Antrag - krankheitsbedingte Aufwendungen

Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“

Antrag - pflegebedingte Aufwendungen

Ergänzungsantrag bei vollstationärer Pflege

Ausfüllhinweise

Folgendes

8. Unterschrift

Ich versichere mit dem Einreichen dieses Antrages die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Zudem wurden für die geltend gemachten Aufwendungen bisher keine Beihilfe beantragt und gewährt.

Ort, Datum

Unterschrift

9. Kenntnisnahme durch die Beschäftigungsdienststelle

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift