

Antrag

auf Gewährung einer Beihilfe

Zutreffendes bitte ankreuzen

Evangelischer Regionalverband
Frankfurt und Offenbach
Hilfskasse
Kurt-Schumacher-Straße 23

60311 Frankfurt am Main

1. Name, Vorname: _____
2. Anschrift: _____
3. Arbeitgeber/Gemeinde: _____

4. Familienstand: ledig verh. gesch. eing. Partnerschaft verw.

5. Kinder, solange für diese ein Anspruch auf Kindergeld besteht:

Name, Vorname:	Geb.-Datum:	Name, Vorname:	Geb.-Datum:
1.		3.	
2.		4.	

6. Mitglied der Hilfskasse als
 hauptberufliche/r Mitarbeiter/in (regelmäßige Arbeitszeit wöchentlich) Std.) Rentner/in

7. Mein/e Partner/in ist: berufstätig nicht berufstätig Rentner/in

8. Die Personen, für die hiermit Beihilfe beantragt wird, sind wie folgt gegen Krankheit versichert:

Person	Nicht versichert	Pflichtversichert (RVO od.)	Freiwillig versichert Ersatzkasse	Privatversichert
Antragsteller/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ich bitte, die Beihilfe bar zu zahlen
 zu überweisen.

<p>Meine Bankverbindung hat sich geändert!</p> <p>Bank: _____</p> <p>IBAN: _____</p> <p>BIC: _____</p>
--

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Außerdem versichere ich, dass andere als die aufgeführten Stellen keine Erstattung vorgenommen bzw. Beihilfe gewährt haben.

_____, den

Unterschrift

