
Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Land

Telefonnummer privat

Adresse
der Festsetzungsstelle

Erklärung

nach § 6a der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO)

Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

☐ **Ja**, ich möchte für den Fall eines stationären Krankenhausaufenthalts Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 6 HBeihVO (gesondert berechnete ärztliche Leistungen – Chefarztbehandlung –, gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers, gekürzt um 16 Euro pro Tag) für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Anspruch nehmen. Dafür zahle ich rückwirkend ab dem 01.11.2015 einen Betrag von **18,90 Euro** monatlich. Diese Erklärung umfasst auch das Einverständnis nach § 6a Abs. 2 Satz 3 HBeihVO, dass der Betrag monatlich von meinen Bezügen einbehalten wird.

☐ **Nein**, ich verzichte für den Fall eines stationären Krankenhausaufenthalts **unwiderruflich** für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf den Anspruch auf Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 6 HBeihVO.

Hinweise

Diese Erklärung ist nur gültig, wenn sie mit Datum und Unterschrift versehen vorgelegt wird und Ihre Entscheidung – „Ja“ oder „Nein“ – eindeutig erkennbar ist.

Bitte reichen Sie dieses Formular **nicht** zusammen mit einem Beihilfeantrag ein.

Datum	Unterschrift