Name, Vorname des Antragstellers	zu LBV-Personalnummer
Anschrift	

Landesamt für Besoldung
und Versorgung NRW
40192 Düsseldorf

Antrag auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen

(Rechtsgrundlage: § 33 Landesbeamtenversorgungsgesetz NRW)

Bitte erstatten Sie mir folgende Kosten:

Dienstunfall vom		anerkannt am	
Beleg-Nr.	Art des Beleges (Rechnung, Rezept etc.)	Datum	Betrag
Anlage: ___ Belege		Antragssumme	

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass

1. für die geltend gemachten Kosten weder Krankenversicherungsleistungen noch Beihilfen beantragt werden,
2. die geltend gemachten Kosten in ursächlichem Zusammenhang mit dem o.a. Dienstunfall stehen.

_____	_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift)	(Telefon-Nr.)