

An/ To / A **Landesamt für Finanzen
Amt für Wiedergutmachung
54434 Saarburg**

über die Botschaft / das Generalkonsulat der
Bundesrepublik Deutschland
via the Embassy / Consulate General of the
Federal Republic of Germany
aux bons soins de l'Ambassade / du Consulat
général de la République fédérale d'Allemagne

(Entschädigungsbehörde, Indemnification
authority, Service d'indemnisation)

Eingangsstempel

Eingangsstempel

Antrag / Application / Demande
auf Erstattung von Heilverfahrenskosten
for reimbursement of medical treatment costs
de remboursement de frais médicaux

1. Name und Vorname des Antragstellers Surname and first names of the applicant Nom et prénom du requérant	Geburtsdatum Date of birth Date of naissance
2. Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort Staat) Address (street, house number, postal code, place of residence, country) Adresse (rue, n°, code postale, ville du commune, Etat)	
3. Genaue Bezeichnung des/der anerkannten Verfolgungsleiden(s) Exact specification of the illness(es) recognized as resulting from persecution Désignation exacte de l'affection (des affections) reconnue(s), résultant de la persécution	
4. Aktenzeichen und Datum des Anerkennungsbescheides der Entschädigungsbehörde Reference number and date of the certificate of recognition of the indemnification authority N° de dossier et date de l'avis de confirmation délivré par le service d'indemnisation	
Az.: /Ref.-Nr.: File / Ref.-No.: Dossier / reg. n°	vom of du

Hinweis: Antrag bitte vollständig und möglichst in deutscher Sprache ausfüllen!
Note: Please complete the application in full and if possible in the German language
Note: Remplir le formulaire intégralement et, si possible, en langue allemande

Fortsetzung Seiten 2 ff.
Continuation on pages 2 et seq.
Suite pp. 2 sq.

5. Durch die Behandlung meines/r anerkannten Verfolgungsleiden(s) sind mir die auf Seite 4 einzeln aufgeführten Kosten entstanden.
For the treatment of illness(es) recognized as resulting from persecution I have incurred the expenses listed on page 4.
Par suite du traitement de l'affection (des affections) reconnue(s) résultant de la persécution, J'ai encouru les frais exposés en page 4.

Zeitraum der Behandlung: vom _____ bis _____
Period of treatment: from _____ to _____
Période de traitement: du _____ au _____

Gesamtbetrag der Behandlungskosten in Landeswährung: _____
Sum total in local currency of medical treatment costs: _____
Montant total des frais de traitement en monnaie nationale: _____

Anlagen/Annexes/Pièces jointes: _____ Rechnungen/bills/notes d'honoraires/factures
_____ Verordnungen/prescriptions/ordonnances
_____ sonstige Unterlagen/other documents/autres pièces

Ich beantrage die Erstattung dieser Kosten.
I herewith request reimbursement of these costs.
Je sollicite le remboursement de ces frais.

6. Hat ein Dritter (zum Beispiel gesetzliche oder private Krankenversicherung, Sozialbehörde usw.) ganz oder teilweise die in Abschnitt 8 aufgeführten Kosten getragen oder wird er sie tragen?

Has a third party (for example a statutory or private medical insurance scheme, social welfare agency etc.) met or will it meet in part or in whole the expenses listed in section 8?

Un tiers (p. ex. assurance-maladie légale ou privée, service social etc.) a-t-il assumé en totalité ou en partie les frais figurant à la rubrique n° 8, ou les assumera-t-il?

ja nein
yes no
oui non

Falls ja: Wer?
If yes: Who?
Dans l'affirmative: qui?

In welcher Höhe?
In what amount?
De quel montant?

Die Leistungen ergeben sich aus den beiliegenden Unterlagen.
The payments received are specified in the attached vouchers.
Les prestations sont spécifiées aux pièces jointes en annexe.

Der Erstattungsbetrag wird Ihnen mit der laufenden BEG-Rente überwiesen.

The reimbursement amount will be transferred together with your monthly pension

Le montant à rembourser vous sera viré ensemble avec votre pension

7. Ort/Place/Lieu Datum/Date/Date Unterschrift des Antragstellers
Applicant's signature
Signature du requérant

zu 6) und 7): Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen
re 6) and 7): Please mark with a cross and provide further information as applicable.
ad 6) and 7): Marquer d'une croix la mention qui convient et compléter.

Hinweis zur „Zusammenstellung der Aufwendungen“ auf Seite 4

Note on the „List of expenses“ on page 4

Observation relative à la „Liste des frais“ en page 4

Bitte beachten Sie **vor** Ausfüllen des Abschnitts 8 auf Seite 4 in Ihrem eigenen Interesse zur Vermeidung von Nachteilen den folgenden Hinweis:

Arzt- und Krankenhausrechnungen **mit Zahlungsnachweis** müssen den Namen des Antragstellers, die Bezeichnung der behandelten Krankheiten oder Leiden sowie jede einzelne Leistung mit dem für sie berechneten Betrag enthalten. Den Krankenhausrechnungen soll der ärztliche Entlassungsbericht beigelegt werden.

Aus den Arzneimittelrechnungen müssen Art, Menge und Preis der bezogenen Medikamente ersichtlich sein. Ferner sind die ärztlichen Verordnungen für die Medikamente im Original oder in Fotokopie beizufügen. In Frankreich und Italien müssen die Rezepte außerdem mit den Vignetten versehen sein.

Before completing section 8 on page 4 please note the following in your own interest to avoid difficulties:

Doctors' and hospital bills **with proof of payment** must specify the applicant's name, the illnesses or ailments treated and each individual item of treatment and the amounts charged. The medical report issued on release from the hospital should be attached to the hospital bills.

Bills for medicaments must indicate the nature, quantity and price of the medicaments used. Originals or photocopies of doctors' prescriptions for medicaments must be enclosed. In France and Italy the appropriate proof of purchase (vignette) must also be affixed to the prescriptions.

Avant de remplir la rubrique n° 8 en page 4, veuillez observer ce qui suit dans votre propre intérêt, pour éviter tout préjudice: Les notes d'honoraires et factures d'hôpital, **avec récépissé de versement**, doivent comporter le nom du requérant, la désignation des maladies ou affections traitées ainsi que chaque prestation particulière avec le montant correspondant. Les factures d'hôpital doivent être accompagnées du rapport médical de sortie.

Les factures de médicaments doivent indiquer le genre, la quantité et le prix des médicaments achetés. De plus, les ordonnances médicales de médicaments doivent être jointes en original ou photocopie. En France et en Italie, les vignettes doivent être apposées sur les ordonnances.

8. Zusammenstellung der Aufwendungen, unterteilt in
 a) = Arzt- und Zahnarztkosten, b) = Medikamente,
 c) = Krankenhauskosten, d) = sonstige Kosten.

List of expenses, broken down into
 a) = doctors' and dentists' fees, b) = medicaments,
 c) = hospital expenses, d) = other expenses.

Liste des frais, classés en
 a) = frais de médecin et dentiste, b) = médicaments,
 c) = frais d'hôpital, d) = autres frais.

Vom Antragsteller auszufüllen To be filled out by the applicant À remplir par le requérant	Nicht vom Antragsteller auszufüllen Not to be filled out by the applicant À ne pas remplir par le requérant
--	--

Beleg Nr. Voucher No. Pièce n°	Datum der Rechnung Date of bill Date de la note/facture	Art der Leistung nach a) - d) Type of expenses from a) - d) Prestation (cf. a) - d)	Rechnungsbetrag Amount charged Montant	Bemerkungen Remarks Observations
				Unterschrift des Vertrauensarztes Doctor's signature Signature du médecin _____

Gesamtbetrag Sum total Montant total		
---	--	--