

Landesamt für Soziales  
Förderprogramm Kinderwunsch  
Postfach 103252  
66032 Saarbrücken

## Auszahlungsantrag

**Zum Aktenzeichen:**

**Datum des Zuwendungsbescheides:**

(Das Aktenzeichen ist zwingend anzugeben und entnehmen Sie bitte dem Ihnen per Email oder in Ausnahmefällen per Post zugegangenen Zuwendungsbescheid)

### 1. Angaben zu den Antragstellenden

	Antragstellerin	Antragsteller/ Antragstellerin
Nachname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer Für Rückfragen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Bankverbindung	
Kreditinstitut	
Kontoinhaber	
IBAN	DE

3. Sachbericht	
Die Behandlung	wurde abgeschlossen und mit allen beteiligten Krankenversicherungen abgerechnet.
Die nachfolgende Angabe zu einer möglichen Schwangerschaft ist freiwillig und wird lediglich auf anonymer Basis für statistische Zwecke erhoben.	

4. Berechnung des Auszahlungsbetrages	
<b>Von den Antragstellenden bezahlte Behandlungskosten</b>	
<b>Summe</b>	<b>€</b>
<b>Abzüglich Kostenbeteiligungen der Krankenversicherungen</b>	
Satzungs-/Mehrlingsleistung (Gesetzliche Krankenversicherung)	
Private Krankenversicherung	
Beihilfe- / Hauptfürsorgestelle	
Private Zusatzversicherung / sonstige Leistungsträger	
<b>Somit nicht gedeckte Restkosten</b>	

Maximal im Bewilligungsbescheid festgelegter Höchstbetrag	
<b>Beantragte Auszahlung</b>	

## 5. Erklärung

In Kenntnis der strafrechtlichen Bedeutung unvollständiger oder falscher Angaben wird versichert, dass

- die Einnahmen und Ausgaben nach den Rechnungsunterlagen im Zusammenhang mit dem geförderten Behandlungszyklus angefallen sind,
- die nicht zuwendungsfähigen Beträge, Rückforderungen und Rückzahlungen abgesetzt wurden,
- die Zuwendung ausschließlich zur teilweisen Deckung des verbliebenen Eigenanteils/Selbstkostenanteils des geförderten Behandlungszyklus verwendet wird,
- die im Zuwendungsbescheid einschließlich der dort enthaltenen Nebenbestimmungen genannten Bedingungen und Auflagen eingehalten wurden bzw. werden.

Den Unterzeichnern ist bekannt, dass die Zuwendung im Falle ihrer zweckwidrigen Verwendung der Rückforderung und Verzinsung unterliegt.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragstellerin

\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/  
Antragstellerin

### Folgende Unterlagen sind beizufügen:

- Kopien aller Rechnungen der Reproduktionseinrichtung, Apotheke, ggf. des Labors und der Anästhesie
- Nachweise über die gewährten Erstattungen aller beteiligten Krankenversicherungen