

Steuerberaterversorgungswerk  
Schleswig-Holstein  
-K. d. ö. R.-  
Hopfenstraße 2 d

24114 Kiel

Mitgliedsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |  |  | / | 0 | 0 | / | 0 | 7 | 2 |  |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|--|

## Antrag auf Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen

Gem. § 20 der Satzung des Versorgungswerks der Steuerberaterinnen und Steuerberater im Land Schleswig-Holstein beantrage ich einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger, besonders aufwendiger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und mache hierzu folgende Angaben:

### Allgemeine Personalien

|  |              |
|--|--------------|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname) <b>Antragsteller/in</b> | Geburtsdatum |
| <b>Anschrift</b> PLZ Ort, Straße/ Nr. (ggf. Postfach)    |              |

#### 1) An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

| Art der Krankheit | von | bis | Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses |
|-------------------|-----|-----|---|
|                   |     |     |   |
|                   |     |     |   |
|                   |     |     |   |

#### 2) An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie z.Zt.?

| Art der Krankheit | von | bis | Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses |
|-------------------|-----|-----|---|
|                   |     |     |   |
|                   |     |     |   |
|                   |     |     |   |

3) Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung noch als Steuerberater tätig oder haben Sie die steuerberatende Tätigkeit zumindest vorübergehend eingestellt (ggfs. seit wann)?

4) Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle einen Zuschuss zu den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (z.B. BfA, Berufsständische Versorgung, Krankenkassen etc.)? Zutreffendenfalls bitte nähere Angaben.

5) Angaben zu den derzeitigen finanziellen Verhältnissen (Einkünfte, bestehende Unterhaltspflichten, sonstige besondere finanzielle Belastungen etc.):

6) Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahme betragen (ggfs. Schätzung):

| Rehabilitationsmaßnahme | Kosten in € |
|-------------------------|-------------|
|                         |             |
|                         |             |
|                         |             |

7) Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (bitte Anmerkung unten beachten):

- Ausführliche gutachterliche Bescheinigung eines Arztes über die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme (s. Merkblatt).
- Belege über die voraussichtlichen Kosten der Rehabilitationsmaßnahme (soweit vorhanden).
- Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (s. Vordruck).

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift