

	<p><b>Erstattungsformular</b>  <i>Füllen Sie das folgende Formular vollständig aus.</i></p>
---	---

<b>Allgemeine Angaben zur eigenen Person</b>			
<b>Vor- und Nachname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	

<b>Kostenfreier Corona-Schnelltest</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>§ 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV</b> - Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>§ 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV</b> - Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>§ 4a Absatz 1 Nr. 3 TestV</b> - Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

**Ich bestätige die vorherigen Angaben und versichere die Richtigkeit.**

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum, Unterschrift*