

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
66104 Saarbrücken

Antrag auf Erstattung von Stromkosten für Hilfsmittel

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Bankverbindung für die Überweisung der Erstattung:

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

☐ **Hilfsmittel mit Betriebsstundenzähler**

Ich beantrage die Erstattung nach tatsächlichem Verbrauch. Wenn das Hilfsmittel ausgetauscht wurde, bitte von jedem Hilfsmittel die Zählerstände, jeweils von Beginn und Ende der Nutzung, eintragen.

Hilfsmittel/Typenbezeichnung Inventarnummer, Seriennummer		Beginn Antragszeitraum	Ende Antragszeitraum
	Datum:		
	Zählerstand:		
	Datum:		
	Zählerstand:		
	Datum:		
	Zählerstand:		

☐ **Hilfsmittel ohne Betriebsstundenzähler**

Ich beantrage die Erstattung einer Pauschale (bis zu 5,00 Euro monatlich) für folgende Hilfsmittel.

Hilfsmittel/Typenbezeichnung, Inventarnummer, Seriennummer (wenn vorhanden)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgemäße Angabe der Daten.

Wenn die Erstattung für eine verstorbene Person beantragt wird, bitte Erbschein beifügen.