

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.