

Rechnung Hilfsmittel am Arbeitsplatz/ im Aufgabenbereich

Rechnungsdatum _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person) _____

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Abrechnung

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

Achtung: Bitte verwenden Sie für Hilfsmittel im Rahmen der Frühinterventionsmassnahmen die Formulare 318.640 (Rechnung versicherte Person); 318.641 (Rechnung Arbeitgeber) oder 318.642 (Rechnung Leistungserbringer ohne Vereinbarung).

Hilfsmittel am Arbeitsplatz, im Aufgabenbereich, zur Schulung und Ausbildung ¹				
Art der Versorgung:		<input type="checkbox"/> Erstversorgung		<input type="checkbox"/> Folgeversorgung
	Datum der erbrachten Leistung oder Abrechnungsperiode	Tarifziffer	Betrag in CHF	
Computer/Laptop/Tablets inkl. Software		914.131.1		
FM-Anlagen	Ohne Batterien	914.131.2		
Hilfsmittel für die Landwirtschaft (Traktorsitze etc.) ²		914.131.4		
Sitz-/Liege-/Stehvorrichtungen sowie Arbeitsflächen		914.131.5		
Andere Hilfsmittel		914.131.6		
Unterhalt und Reparatur (für Hilfsmittel der Ziffer 13.01* HVI)		914.131.99		

Total in CHF

Die Originalrechnung des Leistungserbringers muss in jedem Fall mit dem Formular eingereicht werden. Bei Fremdwährungen ist die Währungsart deutlich zu bezeichnen.

Bemerkungen/Ergänzungen

¹ Ohne EDV für Blinde (Tarifvereinbarung)

² Ohne selbstamortisierende Darlehen