256-1.0/2001

ANFRAGE AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EINE MOBILITÄTSHILFE UND/ODER ANPASSUNG

!! Bitte alle Felder ausfüllen !!

1. ANGABEN ZUR PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Vignette der Krankenkasse anbringen

Vignette der Krankenkasse	
Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse Mailadresse	

2. ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER

Vom Leistungserbringer auszufüllen

Name des anerkannten Leistungserbringers	
Zulassungsnummer (LIKIV/INAMI) des anerkannten Leistungserbringers	
Name des Unternehmens	
Adresse des Unternehmens	
Telefon/Mailadresse der Kontaktperson	

Vennbahnstraße 4/4
B -4780 St. Vith

www.selbstbestimmt.be

080 / 229 111

Montag bis Freitag
08:30 – 12:00 Uhr
13:00 – 16:30 Uhr

Möchten Sie dieses Schreiben in Leichter Sprache, Brailleschrift oder Großschrift erhalten, kontaktieren Sie bitte Ihren Ansprechpartner

3. ANGEFRAGTE MOBILITÄTSHILFEN

Wenn mehrere Mobilitätshilfen angefragt werden, füllen Sie bitte für jede Einzelne diese Seite entsprechend oft aus.

Mobilitätshilfe (Basisversion) (Marke/Modell)	**Preis (EUR)** (Mwst. inbegriffen)

4. ANGEFRAGTE ANPASSUNGEN

Anpassungen (Marke/Modell)	**Preis (EUR)** (Mwst. inbegriffen)
4.1. Untere Gliedmaßen	
4.2. Obere Gliedmaßen	
4.3. Positionierung (Sitz-Rückenteil)	
4.4. Sicherheit	
4.5. Fahrweise/Antrieb	
4.6. Spezifische Anpassungen	

5. MAßANFERTIGUNG

- ☐ Diese Anfrage betrifft eine maßangefertigte Mobilitätshilfe und/oder Anpassung, deren Beschreibung sich in der Anlage befindet. Ebenfalls ist ein Kostenvoranschlag in der Anlage beigefügt.

Der Gesamtpreis der Maßanfertigung beläuft sich auf …….. EUR (MwSt. inbegriffen)

6. BEGRÜNDUNG FÜR DAS GEWÄHLTE MODELL

Immer vom Leistungserbringer auszufüllen.

7. TEST DER MOBILITÄTSHILFE

Der Test der Mobilitätshilfe hat stattgefunden

- ☐ am Aufenthaltsort
- ☐ im Krankenhaus
- ☐ Andere …

Beschreibung des Tests

8. DURCH DIE PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF ANGEFRAGTE ANPASSUNGEN, DIE NICHT DURCH DIE DSL BEZUSCHUSST WERDEN

Beschreibung der Umstände und Begründung für die nicht bezuschussten Anpassungen, die durch die Person mit Unterstützungsbedarf beantragt werden (Kostenvoranschlag bitte beifügen, wenn erforderlich)	Preis (EUR) (Mwst. inbegriffen)
Total	

9. KOSTEN DER MIETE EINER MOBILITÄTSHILFE IN WPZS

Detaillierte Beschreibung der Mobilitätshilfe – inklusive eventueller Anpassungen (Kostenvoranschlag bitte beifügen, wenn erforderlich)	Monatsmiete (EUR) (Mwst. inbegriffen)
Total	

10. BESTELLUNG DURCH DIE DSL

Dies findet nur Anwendung für die **Standardversorgung** (Rollstuhl und Anti-dekubituskissen).
Anzukreuzen durch die Person mit Unterstützungsbedarf

☐ Hiermit ermächtige ich die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben in meinem Namen die Mobilitätshilfe zu bestellen, nachdem die Zusage erteilt wurde. Dies nur, wenn für mich eine maximale Eigenbeteiligung von 200 € anfällt

Hiermit bestätige ich, dass alle obengenannten Angaben in diesem Formular wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum:
Unterschrift des Leistungserbringer:

Ich ..... (Name, Vorname) unterzeichne, dass ich über obengenannte Punkte genügend informiert wurde und einverstanden bin mit der Kostenanfrage bei der DSL.

Datum: .....
Unterschrift der Person mit Unterstützungsbedarf: