

## 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 Unter- stützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse Mailadresse	

### **2. ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER**

*Vom Leistungserbringer auszufüllen*

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



### **3. ANGEFRAGTE MOBILITÄTSHILFEN**

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

<b><u>Mobilitätshilfe</u></b> <b><u>(Basisversion)</u></b> (Marke/Modell)	<b>Preis (EUR)</b> (Mwst. inbegriffen)

### **4. ANGEFRAGTE ANPASSUNGEN**

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

## **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 Maßenfertigung 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**

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

**9. KOSTEN DER MIETE EINER MOBILITÄTSHILFE IN WPZS**

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

## **10. BESTELLUNG DURCH DIE DSL**

Dies findet nur Anwendung für die **Standardversorgung** (Rollstuhl und Antidekubituskissen).

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:**