

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 _____

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		

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