

Antrag auf Erstattung von Stromkosten Hilfsmittelversorgung der Heimat Krankenkasse

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Hausnummer	PLZ Ort
Versichertennummer		Telefonnummer, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

2 Meine Hilfsmittelversorgung und Art der Kostenerstattung

Ich beantrage die Erstattung der Stromkosten für das Kalenderjahr für das Hilfsmittel:

Hilfsmittel	durchschnittliche, tägliche Betriebsdauer in Stunden oder Minuten
<input type="checkbox"/> Akkumodul Cochlea-Implantat	
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät	
<input type="checkbox"/> Bewegungstrainer	
<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl-Mobil / Rollstuhlantriebe	
<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	
<input type="checkbox"/> Hustenassistent (Cough-Assist)	
<input type="checkbox"/> Infusionspumpe	
<input type="checkbox"/> Inhalationsgerät	
<input type="checkbox"/> Kommunikationshilfe	
<input type="checkbox"/> Kompressionstherapiegerät	
<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät (stationär / mobil)	
<input type="checkbox"/> Schlafbezogene Atemtherapiegeräte (z.B. CPAP)	
<input type="checkbox"/> Schlafbezogene Atemtherapiegeräte (z.B. CPAP) + Atemluftbefeuchter oder beheizbarem Schlauch	
<input type="checkbox"/> Sekret-Absauggerät	
<input type="checkbox"/> Treppenlift (fest montiert)	
<input type="checkbox"/> Treppensteigergerät	
<input type="checkbox"/> Trockenbox CI Drybox Breeze and store	
<input type="checkbox"/> Wechseldrucksystem	
<input type="checkbox"/> Badewannenlift	Fester Pauschalbetrag pro Jahr (bei durchschnittlich 2 Hüben/Tag à 60 Sekunden)
<input type="checkbox"/> Blitzlampe (24h/d)	Fester Pauschalbetrag pro Jahr (~3 Tage < 1 Watt für 24 Stunden)
<input type="checkbox"/> Blitzwecker mit Lisa Funk-Empfänger (24h/d)	Fester Pauschalbetrag pro Jahr (~3W für 24 Stunden)
<input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem	Fester Pauschalbetrag pro Jahr für 24 Stunden
<input type="checkbox"/> Patientenlift / Aktivlift	Fester Pauschalbetrag pro Jahr (bei durchschnittlich 10 Hüben/Tag à 60 Sekunden)
<input type="checkbox"/> Pflegebett	Fester Pauschalbetrag pro Jahr (bei durchschnittlich 32 Hüben/Tag à 15 Sekunden)
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

3 Bankverbindung

Name, Vorname KontoinhaberIn [falls abweichend von dem/der AntragstellerIn]

IBAN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die genannte(n) Leistung(en) in Anspruch genommen habe.

Datum

Ort

Unterschrift der/des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse · Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 [kostenfrei]

! Hinweise zur pauschalierten Stromkostenerstattung

Die Heimat Krankenkasse erstattet Ihnen die Stromkosten für die von uns zur Verfügung gestellten Hilfsmittel. Ausgenommen sind die Energiekosten für Hörgeräte bei Versicherten ab 18 Jahren oder selbstfinanzierte Gerätschaften.

Aufgrund des erhöhten Verwaltungsaufwandes erstatten wir Stromkosten grundsätzlich im Rahmen einer pauschalierten Regelung nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres.

Für die pauschale Berechnung der Stromkostenerstattung hat die Heimat Krankenkasse die durchschnittlichen Energieverbrauchswerte der Hilfsmittel ermittelt. Diese Verbrauchswerte werden mit dem durchschnittlichen Kilowattpreis für das jeweilige Jahr [Quelle: Statistisches Bundesamt] auf ein Kalenderjahr hochgerechnet. Daraus ergibt sich der pauschale Erstattungsbetrag pro Jahr pro Betriebsstunde. Von Ihnen benötigen wir daher nur noch die durchschnittliche, tägliche Betriebsdauer der/des Hilfsmittel[s].

Zahlen Sie eine Grundgebühr an Ihren Anbieter? Dann bedenken Sie bitte, dass eine [anteilige] Kostenerstattung dafür nicht möglich ist. Diese wird auch unabhängig von der Nutzung eines Hilfsmittels fällig.

Reichen Sie uns für die Erstattung bitte den Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Sobald uns alle erforderlichen Angaben vorliegen, erstatten wir Ihnen gerne Ihren pauschalen Betrag.

Bitte beachten Sie, dass wir uns vorbehalten, die Betriebsstundenzählerstände Ihrer/Ihres Hilfsmittel[s] anzufordern, und auch ein Antrag auf pauschale Kostenerstattung für jedes Kalenderjahr erneut zu stellen ist.