

## Antrag auf Kostenübernahme der pauschalen Stromkostenerstattung

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Angaben des Versicherten**

Name, Vorname des/der Versicherten/Pflegebedürftigen:	Geburtsdatum:	KV-Nummer:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):		Telefon:

### **Angaben zum Gerät**

#### **CPAP-Therapie-Gerät**

#### **Sauerstofftherapiegerät**

**Nutzung bis 8 Stunden täglich**

**Nutzung bis 16 Stunden täglich**

**Nutzung bis 24 Stunden täglich**

**Nutzung für \_\_ Stunden täglich**

#### **Pflegebett**

#### **Elektrischer Rollstuhl**

#### **Sonstige Geräte \_\_\_\_\_**

### **Die beantragte Geldleistung soll auf mein/folgendes Konto überwiesen werden:**

Kontoinhaber/in (Name, Vorname):	Straße, PLZ, Ort:	
IBAN:	BIC:	Geldinstitut:

#### Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur Anspruchsprüfung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie, uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., Email-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der Anspruchsprüfung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die Anspruchsprüfung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können.

Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht.

Wir bitten Sie, uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

### **Mit der pauschalen Erstattung der Stromkosten bin ich einverstanden.**

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

### **Mit der pauschalen Erstattung der Stromkosten bin ich nicht einverstanden. Nachweise über die geleisteten Betriebsstunden und eine Kopie Ihrer Stromkostenrechnung sind beizufügen!**

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Hilfsmittel	Tägliche Stunden	Monatspauschale	Jahrespauschale
CPAP-Geräte	Bis zu 8	6,00 €	72,00 €
Sauerstoffkonzentratoren	Bis zu 8	18,00 €	216,00 €
Sauerstoffkonzentratoren	Bis zu 16	36,00 €	432,00 €
Sauerstoffkonzentratoren	Bis zu 24	45,00 €	540,00 €
Sonstige Hilfsmittel mit geringem Stromverbrauch; z.B.:			
Pflegebetten/E-Rollstuhl		6,00 €	72,00 €
Kleingeräte/Badewannenlifter		1,00 €	12,00 €

Stand 02|2025