

Anschrift

Datum:

Antragstellerin/Antragsteller:

Alle Informationen zur Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe finden Sie auf unserer Internetseite www.zbb.brandenburg.de (Bereich Fürsorge).

An die
Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
Dezernat 6 - Fürsorgeleistungen
Lipezker Straße 45
03048 Cottbus

oder als E-Mail an
Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe@zbb.brandenburg.de
mit dem Antrag als PDF-Anhang

Erstattungsantrag für eine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe

Anlagen

Antragsformular Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe und Kopie der Originalrechnung der Optikerin/des Optikers

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung der mir für eine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe entstandenen Kosten. Der Antrag für eine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe mit der erforderlichen Stellungnahme der Betriebsärztin/des Betriebsarztes und die Kopie der Originalrechnung der Optikerin/des Optikers liegen bei.

Ich versichere, dass ich für die beigelegte Rechnung/die beigelegten Rechnungen keine andere Erstattung erhalten oder beantragt habe.

Ich versichere, dass ich für die beigelegte Rechnung/die beigelegten Rechnungen entsprechend dem beiliegenden Nachweis nur folgende angegebene Erstattung (z. B. von der Beihilfe, privaten Krankenversicherung, sonstige Versicherungen etc.) erhalten oder beantragt habe.

Erstattungsbetrag in Höhe von:

Euro durch

Zudem versichere ich, dass

ich bisher noch keine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe erstattet bekommen habe.

die Erstattung einer Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe länger als drei Jahre zurückliegt.

die Beschaffung einer Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe im Jahr
vor Ablauf der 3 Jahre erforderlich war, weil

war und die erneute Beschaffung

Die Erstattung soll auf mein unter Pkt. 4 des Antragsformulars angegebenes Konto erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ANTRAG - BILDSCHIRMARBEITSPLATZSEHHILFE			
Name, Vorname:		Wohnanschrift:	
Geburtsdatum:			
Anrede:	Frau Herr neutrale Anrede	Dienststelle:	
E-Mail-Adresse:		Telefonnummer:	
1. Bestätigung der personalaktenführenden Dienststelle			
Die/der genannte Bedienstete arbeitet an einem Bildschirmarbeitsplatz und es sind keine Einwände gegen die Beschaffung einer Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe vorhanden. Arbeitsplatzbeschreibung:		Stempel Datum und Unterschrift	
2. Stellungnahme der Betriebsärztin/des Betriebsarztes			
Eine spezielle Sehhilfe nach Anhang Teil 4 Abs. 2 Nr. 1 ArbMedVV ist erforderlich:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Angabe des Gläsertyps: <input type="checkbox"/> Einstärkengläser (Monofokalgläser) <input type="checkbox"/> mineralisch <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Zweistärkengläser (Bifokalgläser) <input type="checkbox"/> mineralisch <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Officegläser (Trifokal-/Gleitsicht-/Nahgläser mit Reduktion)			
Bemerkungen:		Stempel Datum und Unterschrift	
3. Bestätigung der Optikerin/des Optikers			
Die Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe ist für den Alltag nicht geeignet. Sie ist keine Universalgleitsichtbrille. Die Sehbereichsbreite ist erweitert und in der Höhe so angeordnet, dass die Bildschirmarbeit bei normaler Kopfhaltung möglich ist. Die Brillenwerte wurden gemäß Medizinproduktegesetz dokumentiert. Bitte geben Sie die Rechnungs-Nr. an.		Stempel Datum und Unterschrift	
4. Erstattungsantrag (Bitte eigenständig ausfüllen und bei der ZBB einreichen.):			
Ich beantrage die Erstattung der Kosten für eine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe. Als Belege sind beigefügt: Kopie der Rechnung der Optikerin/des Optikers vom Eine Rücksendung der Belege erfolgt nicht.		Ich bitte um Überweisung des Erstattungsbetrages. BIC: IBAN: Kontoinhaber: Kreditinstitut:	
Bemerkungen:		Handschriftliche Unterschrift erforderlich Datum und Unterschrift	