

Deutsche Rentenversicherung Bund · 10704 Berlin

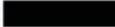
DV 12 0,60 Deutsche Post 



Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon 030 865-0
Telefax 030 865-27240
Servicetelefon 0800 100048070
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
drv@drv-bund.de

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:
Telefon 030 865-83802
Telefax 030 865-7941556

Sprechzeiten
Mo-Do 8-17 Uhr Fr 8-15 Uhr

Datum 

B E S C H E I D

Sehr geehrte 

wir bewilligen Ihnen technische Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Es werden die Kosten für einen höhenverstellbaren Schreibtisch bis zu einem Betrag von 800,- EUR inkl. MwSt. übernommen.

Hinweise zur Durchführung

Wir sind nach dem Gesetz verpflichtet, Leistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erbringen. Die sich eventuell ergebenden finanziellen Vergünstigungen beim Erwerb der bewilligten Leistung sind daher in Anspruch zu nehmen.



Zu diesem Zweck bitten wir Sie, vor Auftragserteilung zunächst durch Rücksprache mit Ihrem Arbeitgeber zu klären, ob dieser bereit ist, die Bestellung der technischen Hilfe unter Ausnutzung eventueller Sonder- rabatte und Skonti selbst vorzunehmen sowie den Rechnungsbetrag zu verauslagen.

Ist eine Bestellung über Ihren Arbeitgeber nicht möglich, bitten wir Sie, die Bestellung unter Berücksichtigung eingeräumter Zahlungs- vergünstigungen selbst vorzunehmen.

Sollten Sie den Rechnungsbetrag selbst verauslagen, so ist eine Erstattung nur bis zu einer Höhe des Rechnungsbetrages möglich. Sofern Sie nicht in der Lage sind, den gesamten Rechnungsbetrag zu verauslagen, bitten wir Sie, bei der Bestellung darauf hinzuwirken, dass uns eine Skontofrist von mindestens 14 Tagen ab Rechnungseingang eingeräumt wird.

Bei allen an uns gesandten Rechnungen bitten wir, die Personalien sowie die Versicherungsnummer und das Kennzeichen vollständig anzugeben. Nur so kann gewährleistet werden, dass eingeräumte Zahlungs- vergünstigungen innerhalb der vorgegebenen Fristen in Anspruch genommen werden können.

Um den Rechnungsbetrag anweisen zu können, sind die nachstehenden

...



Unterlagen zu übersenden:

1. Die beigegefügte Erklärung, ausgefüllt und unterschrieben **von Ihnen sowie Ihrem Arbeitgeber**. Diese Bestätigung ist der Rechnung unbedingt beizufügen (bei Teillieferung formlos).
2. Die ordnungsgemäß ausgestellte, ggf. quittierte Originalrechnung sowie Zahlungs- bzw. Überweisungsbelege im Original mit Ausführungsvermerk des Geldinstituts. Soweit die Beschaffung über den Arbeitgeber erfolgt, reichen Kopien der Rechnung und des Überweisungsbeleges aus.

Ergänzende Bestimmungen

Unsere Zusage gilt neun Monate.

Der Bescheid kann widerrufen werden, wenn gegenüber den Angaben im Antrag Änderungen in den persönlichen Verhältnissen eingetreten sind oder eintreten werden (z.B. Kündigung, Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Beantragung oder Bewilligung einer Rente).

Derartige Änderungen müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Allgemeine Hinweise

Ihr Recht

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe schriftlich Widerspruch erheben. Den Widerspruch richten Sie bitte an folgende Adresse:
Deutsche Rentenversicherung Bund, Ruhrstraße 2, Berlin-Wilmersdorf
(Postanschrift: 10704 Berlin).

Sie können diese Stelle auch aufsuchen und Ihren Widerspruch schriftlich aufnehmen lassen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund

Anlagen

Erklärung

Versicherungsnummer

[Redacted]

Kennzeichen

[Redacted]

MSNR

[Redacted]

Anlage zum Bescheid

Kostenübernahme für einen behinderungsgerechten Arbeitsstuhl

Kostenübernahme für

[Redacted]

Erklärung des Versicherten

Versicherter (Name, Vorname)

[Redacted]

PSNR

Hiermit bestätige ich, dass der

behinderungsgerechte Arbeitsstuhl

der Firma

[Redacted]		gemäß Kostenvoranschlag vom	Datum des Kostenvoranschlages
Anschrift der o. a. Firma (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
ausgeliefert und von mir in einwandfreiem Zustand übernommen wurde.			Datum der Empfangsbestätigung

Ich bitte um Erstattung des im Bescheid genannten Betrages

auf mein Bankkonto (Zahlungsnachweis und Originalrechnung beifügen)



IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)	
D	E	[Redacted]	[Redacted]
Geldinstitut (Name, Ort)			
Kontoinhaberin / Kontoinhaber			

an die Lieferfirma

an meinen Arbeitgeber

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung des Arbeitgebers

Das Beschäftigungsverhältnis besteht fort	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bis
Wurde zu den Arbeitshilfen / Einrichtungen im Betrieb ein Zuschuss geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, bitte die Höhe des Zuschusses angeben.	Betrag in EUR	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

