

Anlage 38

Kommunikationstechnik B.Eng.

KT

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

| | |
|-------------------------------|--|
| IK-Nummer | |
| Name Fachliche Leitung | |

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

| Versorgungsbereich | | | Bezeichnung |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|
| PG16 | <input type="checkbox"/> | 16A/16AR ¹ | Kommunikationshilfen |

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel in den Räumlichkeiten der Betriebsstätte und/oder mittels Außendienstesatz im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten erfolgt:

| Angaben zu den Vertriebswegen | | |
|--|--|--|
| Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben: | <input type="checkbox"/> | aus unseren Räumlichkeiten |
| | und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!) | |
| | <input type="checkbox"/> | mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten |

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) des Unternehmens Firmenstempel

¹ R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).