

SKD BKK
Schultesstr. 19 A
97421 Schweinfurt

Antrag auf Stromkostenerstattung für Hilfsmittel für das Kalenderjahr _____ (Bitte ausfüllen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Anschrift		
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		Telefon (freiwillige Angabe)

Angaben zum Hilfsmittel

Name des Hilfsmittels:			
Hersteller:		Wattzahl:	
Tägliche Nutzungsdauer oder (bei akkubetriebenen Hilfsmitteln) Aufladezeit:			
An wie vielen Tagen im Jahr wird das Hilfsmittel genutzt?			
Sofern das Hilfsmittel einen Betriebsstundenzähler besitzt:			
Aktueller Zählerstand:		Abgelesen am:	

Angaben zur Bankverbindung

IBAN (22 Stellen)	BIC (11 Stellen)
Name der Bank/des Geldinstituts	Kontoinhaber

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung der beantragten Leistung(en) erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.skd-bkk.de/rechtliches/datenschutz/