ANTRAG - BILDSCHIRMARBEITSPLATZSEHHILFE („PC-BRILLE“) -

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 „PC-Brille“ vorhanden.

Bemerkungen:

Stempel Datum und Unterschrift

2. Stellungnahme der Betriebsärztin/des Betriebsarztes (Nur notwendig, falls eine Betriebsärztin/ein Betriebsarzt aufgesucht wurde.):

Eine spezielle Sehhilfe („PC-Brille“) nach Anhang Teil 4 Abs. 2 Nr. 1 ArbMedVV ist erforderlich: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

Stempel Datum und Unterschrift

3. Stellungnahme der Augenärztin/des Augenarztes oder der Optikerin/des Optikers:

Die bisher verwendete Alltagsbrille wurde von mir auf Mängel geprüft und vermessen.
Dabei wurde festgestellt, dass diese nicht für eine Tätigkeit am Bildschirm geeignet ist.
Eine spezielle Sehhilfe („PC-Brille“) nach Anhang Teil 4 Abs. 2 Nr. 1 ArbMedVV ist erforderlich. ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

Stempel Datum und Unterschrift

4. Stellungnahme der Optikerin/des Optikers

Entfernung der Augen zu Bildschirm _____ cm Tastatur- bzw. Leseentfernung _____ cm

Bei Erfordernis (z. B. Publikumsverkehr) zusätzliche Sehentfernung _____ m

Bitte geben Sie auf der Rechnung die bei der Refraktion ermittelten Werte an.

Angabe des Gläsertyps:			
	Monofokalgläser	☐ mineralisch	☐ Kunststoff
	Bifokalgläser	☐ mineralisch	☐ Kunststoff
	Trifokal-/Gleitsicht-/Nahgläser mit Reduktion	☐ mineralisch	☐ Kunststoff

Bemerkungen:

Stempel Datum und Unterschrift

5. Bestätigung der Optikerin/des Optikers

Die neue „PC-Brille“ ist für den Alltag nicht geeignet. Sie ist keine Universalgleitsichtbrille. Sie hat **entspiegelte** und **ungetönte** Gläser. Die Sehbereichsbreite ist erweitert und in der Höhe so angeordnet, dass die Bildschirmarbeit bei normaler Kopfhaltung möglich ist.

Die Brillenwerte wurden gemäß Medizinproduktegesetz dokumentiert.

Stempel Datum und Unterschrift

6. Erstattungsantrag (Bitte eigenständig ausfüllen und bei der ZBB einreichen.):

Ich beantrage die Erstattung der Kosten für eine spezielle Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe.

Als Belege sind beigefügt:

☐ Rechnung der Augenärztin/des Augenarztes vom

☐ Rechnung der Optikerin/des Optikers vom

☐

Bitte nur Originale einreichen!

Ich bitte um Überweisung des Erstattungsbetrages.

BIC:

IBAN:

Kreditinstitut:

Bemerkungen:

Handschriftliche Unterschrift erforderlich

Datum und Unterschrift

Anschrift
Antragstellerin/Antragsteller:

Datum:

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

Alle Informationen zur Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe finden Sie auf unserer Internetseite www.zbb.brandenburg.de

Erstattungsantrag für eine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe

Anlagen
1 Antragsformular „Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe“
und die unter „6. Erstattungsantrag“ angekreuzte Originalrechnung/angekreuzten Originalrechnungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung der mir für eine Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe entstandenen Kosten. Der Antrag für eine „Bildschirmarbeitsplatzsehhilfe“ und die erforderliche Originalrechnung/erforderlichen Originalrechnungen liegen bei.

☐ Ich versichere, dass ich für die beigefügte Rechnung/die beigefügten Rechnungen keine andere Erstattung erhalten oder beantragt habe.

☐ Ich versichere, dass ich für die beigefügte Rechnung/die beigefügten 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 „PC-Brille“ erstattet bekommen habe.
☐ die Erstattung einer „PC-Brille“ länger als drei Jahre zurückliegt.
☐ die Erstattung einer „PC-Brille“ im Jahr und die erneute Beschaffung vor Ablauf der 3 Jahre erforderlich war, weil

Die Erstattung soll auf das unter „6. Erstattungsantrag“ angegebene Konto erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Name in Druckbuchstaben

Handschriftliche Unterschrift erforderlich
Unterschrift

Drucken | Alle Eintragungen löschen