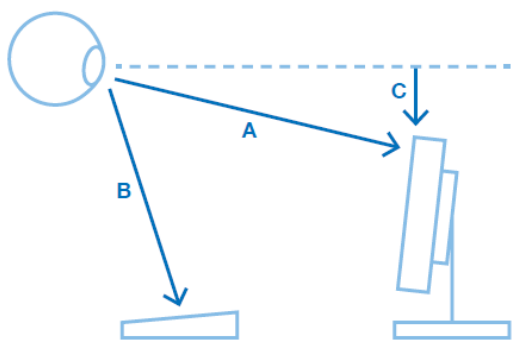


Anlage 2 Antrag auf Erstattung der Kosten einer Bildschirmarbeitsplatzbrille

Zugelassen sind ausschließlich Augenoptikerbetriebe, die dem Rahmenvertrag zwischen dem Augenoptiker- und Optometristenverband NRW und der RWTH Aachen beigetreten sind. Die Adressdatenbank ist einsehbar unter <https://www.aov-nrw.de/aov/bildschirmbrille/>

<p><u>Kontaktdaten</u> RWTH Aachen University Stabsstelle Arbeits- und Strahlenschutz Kackertstr. 9, 52072 Aachen Tel. 0241/80-98225 E-Mail: arbeitssicherheit@zhv.rwth-aachen.de</p>	<p><u>Rechnungsanschrift</u> RWTH Aachen University Stabsstelle Arbeits- und Strahlenschutz Kackertstr. 9 52072 Aachen</p>
<p>Hiermit wird bestätigt, dass die Kosten der Bildschirmarbeitsplatzbrille (Einstärken bzw. Nahkomfortgläser mit Raumdistanz) nach aktueller Preisliste des Rahmenvertrags für u.g. Anspruchsberechtigte/n erstattet wird. Eine Gleitsichtbrille ist dagegen nicht erstattungsfähig.</p> <p>_____</p> <p>Datum / Unterschrift / Stempel der Stabsstelle</p>	<p><u>Hinweise zur Abrechnung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Abrechnung der Bildschirmarbeitsplatzbrille erfolgt direkt mit der RWTH unter Zusendung dieser Anlage 2 sowie der Rechnung an die o.g. Rechnungsanschrift. Die Rechnung muss auf die Rechnungsanschrift ausgestellt sein, sowie die Abrechnungsnummer „BSB-100012887“ und den Namen des/der Anspruchsberechtigten enthalten.

Name, Vorname des/der Anspruchsberechtigten	Dienstliche Einrichtung
---	-------------------------



Relevante Abstände bzw. Entfernung der Augen:

Die individuellen Entfernungen sind durch Messen am Arbeitsplatz zu ermitteln und durch den/die Anspruchsberechtigte/n auszufüllen:

(A) Abstand Bildschirm _____ cm

(B) Abstand Tastatur _____ cm

(C) Höhe Bildschirm _____ cm

Bestätigung des Augenoptikers

Es handelt sich bei der Sehhilfe um eine Brille mit

- Einstärkengläser degressiv
 Nahkomfortgläser mit Raumdistanz
 Voll- bzw. Superentspiegelung

Datum / Unterschrift / Stempel des Augenoptikerbetriebs

Hiermit versichere ich, dass ich die Bildschirmarbeitsplatzbrille erhalten habe.

Datum

Unterschrift des/der Anspruchsberechtigten