

Deutsche Rentenversicherung**Nord**

Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
 Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
 Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg

Postanschrift (**unabhängig vom Wohnort**):
 Dokumentenzentrum Lübeck
 23544 Lübeck



Deutsche
 Rentenversicherung
 Nord

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Leistungsanbieter (Stempel)

Versicherter/Versicherte

Name, Vornamen		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefonnummer	
Fallmanagement		Name und Anschrift der Fallmanagerin/des Fallmanagers (Stempel):	
von bis			

Antrag auf Erstattung der notwendigen Fahrkosten anlässlich der Teilnahme am Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Hinweis: Fahrkosten können nur dann erstattet werden, wenn sie im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Fallmanagement-Gesprächen tatsächlich zusätzlich entstanden sind. Bei Nutzung einer vorhandenen Monatskarte oder einer Fahrgemeinschaft sowie bei Entfallen der Notwendigkeit wegen räumlicher Nähe zum Wohn- oder Arbeitsort ist von der Geltendmachung von Fahrkosten abzusehen.

Zusätzlich entstandene Fahrkosten werden in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR (unabhängig von der Art der Beförderung) pro Beratungstermin erstattet.

Hiermit bitte ich um Überweisung der Fahrkostenvergütung für die unten bestätigten Teilnahmetage auf folgendes Konto:

IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)
DE		
Geldinstitut (Name, Ort)		
Kontoinhaber – falls abweichend von Antragsteller/in		

Fahrkostenvergütung: _____ Tage à EUR = _____ EUR

Erklärung:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben eine Rückforderung zur Folge haben. (Die Überprüfung der Angaben bleibt vorbehalten.)

 Ort/Datum

 Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

 Ort/Datum

 Bestätigung der Fallmanagerin/des Fallmanagers