

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Antrag auf  Verpflegungskostenzuschuss /  Erstattung von Fahrkosten**  
anlässlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei betrieblicher oder überbetrieblicher Ausbildung  
(nicht Berufsförderungswerk)

**Angaben zur Person**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnort / Aufenthaltsort (Anschrift)	

1  Aufgrund der ausbildungsbedingten Abwesenheit vom Wohnort/Aufenthaltsort von mindestens 8 Stunden beantrage ich einen **Verpflegungskostenzuschuss. (Bitte die Rückseite durch die Ausbildungsstätte, z. B. Ausbildungsbetrieb / Praktikumsbetrieb, Berufsschule, ausfüllen und bestätigen lassen.)**

2 **Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten** für die Fahrten

2.1  zwischen **Wohnort / Aufenthaltsort (wie oben angegeben)** und

a) Ausbildungsbetrieb oder Praktikumsbetrieb (Name, Anschrift)

<input type="checkbox"/>	<b>Art des benutzten Verkehrsmittels</b>	Anzahl der tägl. gefahrenen km (Hin- u. Rückfahrt)	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<b>Anzahl der gefahrenen Tage pro Woche</b>	<b>Dauer der täglichen Fahrt</b>
<input type="checkbox"/>	eigener PKW -> _____ km	<input type="checkbox"/> _____ km		_____ Tage je Woche	Std.: <input type="text"/> <input type="text"/> Min.: <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bahn <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Straßenbahn	<b>Fahrkarten bitte beifügen*)</b>			

b) Berufsschule (Name, Anschrift)

<input type="checkbox"/>	<b>Art des benutzten Verkehrsmittels</b>	Anzahl der tägl. gefahrenen km (Hin- u. Rückfahrt)	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<b>Anzahl der gefahrenen Tage pro Woche</b>	<b>Dauer der täglichen Fahrt</b>
<input type="checkbox"/>	eigener PKW -> _____ km	<input type="checkbox"/> _____ km		_____ Tage je Woche	Std.: <input type="text"/> <input type="text"/> Min.: <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bahn <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Straßenbahn	<b>Fahrkarten bitte beifügen*)</b>			

c) Bildungseinrichtung (Name, Anschrift)

<input type="checkbox"/>	<b>Art des benutzten Verkehrsmittels</b>	Anzahl der tägl. gefahrenen km (Hin- u. Rückfahrt)	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<b>Anzahl der gefahrenen Tage pro Woche</b>	<b>Dauer der täglichen Fahrt</b>
<input type="checkbox"/>	eigener PKW -> _____ km	<input type="checkbox"/> _____ km		_____ Tage je Woche	Std.: <input type="text"/> <input type="text"/> Min.: <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bahn <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Straßenbahn	<b>Fahrkarten bitte beifügen*)</b>			

2.2  von **einer Ausbildungsstätte zu einer weiteren Ausbildungsstätte** (z.B. für anschließenden Stützunterricht) ggf. weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt

vom / von:	zur / zum:	
Verkehrsmittel wie oben unter <input type="checkbox"/> a) / <input type="checkbox"/> b) / <input type="checkbox"/> c) angegeben.	Anzahl der gefahrenen km auf dieser Teilstrecke**): _____ km	An _____ Tagen je Woche.
vom / von:	zur / zum:	
Verkehrsmittel wie oben unter <input type="checkbox"/> a) / <input type="checkbox"/> b) / <input type="checkbox"/> c) angegeben.	Anzahl der gefahrenen km auf dieser Teilstrecke**): _____ km	An _____ Tagen je Woche.

\*) Bitte wählen Sie jeweils den günstigsten Tarif.

\*\*) nur bei Benutzung eines eigenen PKW

3 **Bankverbindung** (nur ausfüllen bei Änderungen oder wenn bisher noch nicht angegeben)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
<b>D E</b> _____	_____
Geldinstitut (Name, Ort)	
KontoinhaberIn / Kontoinhaber	

4 **Erklärung**

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben eine Rückforderung zur Folge haben können. Änderungen hinsichtlich der Ausbildungszeiten, der Entfernungen zwischen Wohnort / Aufenthaltsort und Ausbildungsstätte sowie der Art des benutzten Verkehrsmittels werde ich der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

# Bescheinigung des Ausbildungsbetriebes / Praktikumsbetriebes

Der / Die Versicherte nimmt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als Pendler an

einer Ausbildung  einem Praktikum in unserem Hause teil.

Ausbildungszeiten / Praktikumszeiten:

<input type="checkbox"/> Montag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Dienstag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Mittwoch (von - bis)
<input type="checkbox"/> Donnerstag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Freitag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Samstag (von - bis)

Ein kostenloses Essen wird von uns nicht angeboten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Ausbildungs- / Praktikumsbetriebes

# Bescheinigung der Berufsschule (bei betrieblicher Aus- / Weiterbildung)

Der / Die Versicherte nimmt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als Pendler am Unterricht in unserem Hause teil.

Unterrichtszeiten:

<input type="checkbox"/> Montag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Dienstag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Mittwoch (von - bis)
<input type="checkbox"/> Donnerstag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Freitag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Samstag (von - bis)

Schulferien (von - bis)

Ein kostenloses Essen wird von uns nicht angeboten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Berufsschule

# Bescheinigung der Bildungseinrichtung

Der / Die Versicherte nimmt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als Pendler

an einer Bildungsleistung  am Förder- / Stützunterricht in unserem Hause teil.

Unterrichtszeiten:

<input type="checkbox"/> Montag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Dienstag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Mittwoch (von - bis)
<input type="checkbox"/> Donnerstag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Freitag (von - bis)	<input type="checkbox"/> Samstag (von - bis)

Anmerkung: gesonderte Bestätigung der Unterrichtszeiten während des oben bescheinigten Praktikums

Vorgesehene Praktika außerhalb der Bildungseinrichtung:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Sofern während der Praktika Unterricht mit abweichenden Unterrichtszeiten stattfindet, bitte diese dann zusammen mit der Bescheinigung des Praktikumsbetriebes gesondert bestätigen.)

Ein kostenloses Essen wird von uns nicht angeboten.

**Bitte zurücksenden**

**Deutsche Rentenversicherung  
Oldenburg-Bremen  
26112 Oldenburg**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Bildungseinrichtung