

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.
Name, Vorname	
Anschrift (nur bei Änderung ausfüllen)	

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Abteilung für Rehabilitation
48125 Münster

**Antrag auf Zahlung eines
Verpflegungskostenzuschusses
für Pendler**

Ich beantrage die Zahlung eines Zuschusses zu den Kosten einer Mittagsmahlzeit (Verpflegungskostenzuschuss) für den nachstehend durch die Ausbildungseinrichtung / den Praktikumsbetrieb bestätigten Zeitraum. Ich bin ausbildungsbedingt mehr als 8 Stunden täglich vom Wohnort/Aufenthaltort abwesend.

Die tägliche Fahrzeit von meinem Wohnort/Aufenthaltort zur Ausbildungseinrichtung / zum Praktikumsbetrieb und zurück beträgt

Stunden	Minuten	Art des benutzten Verkehrsmittels	Sonstiges (bitte Art angeben)
		<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Straßenbahn <input type="checkbox"/>	

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass durch fehlerhafte Angaben verursachte Überzahlungen von mir zu erstatten sind.

Wenn zu den vorstehenden Angaben sowie zu den nachfolgend angegebenen Ausbildungszeiten Änderungen eintreten, werde ich die Deutsche Rentenversicherung Westfalen sofort informieren und bei Änderung der Ausbildungszeiten eine Bestätigung der Ausbildungseinrichtung / des Praktikumsbetriebes übersenden.

Ort und Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Hinweis: Die nachfolgende Bescheinigung ist unbedingt von der Ausbildungseinrichtung / dem Praktikumsbetrieb auszufüllen.

Stempel der Ausbildungseinrichtung / des Praktikumsbetriebes

Bescheinigung

Die Versicherte / Der Versicherte nimmt in der Zeit

vom _____ bis _____ als Pendler an

einer Ausbildung einem Praktikum in unserem Hause teil.

Ein Mittagessen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen wird **nicht** angeboten.

Die Ausbildungszeit / Das Praktikum dauert jeweils

montags	von	bis	Uhr
dienstags	von	bis	Uhr
mittwochs	von	bis	Uhr

donnerstags	von	bis	Uhr
freitags	von	bis	Uhr
samstags	von	bis	Uhr

Ort und Datum

Unterschrift (Ausbildungseinrichtung/Praktikumsbetrieb)