

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

Deutsche Rentenversicherung  
Westfalen  
Abteilung für Rehabilitation  
48125 Münster

**Nur zu Beginn der Leistung und  
bei Änderungen (zum Beispiel  
bei Beginn eines Praktikums)  
auszufüllen!**

**Zahlung von Fahrkosten und sonstigen Kosten / Leistungen  
aus Anlass der Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Erstmaliger Antrag für die Zeit ab** \_\_\_\_\_

**Änderungsantrag/Änderungsangaben für die Zeit ab** \_\_\_\_\_

**1  Fahrkosten**

**1.1  Ich nehme als Pendler an der Leistung teil und benutze**  
 **ein Kraftfahrzeug** und nehme an keiner Fahrgemeinschaft teil. Die Fahrstrecke zur Ausbildungseinrichtung und zurück zur Wohnung beträgt insgesamt \_\_\_\_\_ km.  
 (Hinweis: Ihre Kilometerangabe kann überprüft werden.)

**öffentliche Verkehrsmittel.**  
 Die Fahrkosten betragen laut  
 beigefügten Fahrbelegen  
 beigefügter Fahrpreisauskunft  
 monatlich \_\_\_\_\_ EUR.

**1.2  Ich bin für die Dauer der Leistung internatsmäßig/internatsähnlich untergebracht** und bitte um Fahrkostenzahlung für die  
 Anreise/Abreise.  
 Familienheimfahrten (jeweils pro volle 14 Tage).

**Ich benutze**  
 **ein Kraftfahrzeug** und nehme an keiner Fahrgemeinschaft teil. Die Fahrstrecke zur Ausbildungseinrichtung und zurück zur Wohnung beträgt insgesamt \_\_\_\_\_ km.  
 (Hinweis: Ihre Kilometerangabe kann überprüft werden.)

**öffentliche Verkehrsmittel.**  
 Die Fahrkosten betragen laut  
 beigefügten Fahrbelegen  
 beigefügter Fahrpreisauskunft  
 monatlich \_\_\_\_\_ EUR.

<b>Nur von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen auszufüllen</b>	
Berechnung der Fahrkosten: <b>täglicher Betrag:</b> _____ km x 0,20 EUR = _____ EUR	
----- <b>Teilmonate:</b> täglicher Betrag _____ EUR x _____ Ausbildungstage = _____ EUR	
----- <b>Pauschale für volle Kalendermonate:</b> täglicher Betrag _____ EUR x 220 Tage : 12 Monate = _____ EUR	
monatliche Fahrkosten = _____ EUR	
gefahrene Strecke je Hinfahrt und Rückfahrt insgesamt _____ km x 0,20 EUR = _____ EUR (höchstens 130,00 EUR)	
für Anreise und Abreise jeweils der halbe Betrag = _____ EUR	
Fahrkosten je vollen Monat mit 2 Familienheimfahrten = _____ EUR (höchstens 260,00 EUR)	
Fahrkosten je vollen Monat mit 2 Familienheimfahrten = _____ EUR	

1.3  Ein Praktikum ist nicht vorgesehen.

Ein Praktikum ist vorgesehen:

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

ganztags     in Teilzeit

nur an folgenden Wochentagen \_\_\_\_\_

Anschrift des Praktikumsbetriebes \_\_\_\_\_

Ich fahre zum Praktikumsbetrieb mit

einem **Kraftfahrzeug** und nehme an keiner Fahrgemeinschaft teil.  
Die Fahrstrecke zum Praktikumsbetrieb und zurück zur Wohnung beträgt insgesamt \_\_\_\_\_ km.

**öffentlichen Verkehrsmitteln.**  
Die Fahrkosten betragen laut  
 beigefügten Fahrbelegen  
 beigefügter Fahrpreisauskunft \_\_\_\_\_ EUR.

2  **Verpflegungskostenzuschuss** – Zuschuss zu den Kosten einer Mittagsmahlzeit (nur bei Teilnahme als Pendler)

Bitte Formular G3607-11 ausfüllen und beifügen!  
Das Formular G3607-11 finden Sie auf unserer Internetseite  
[www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de)  
Unter Vorgabe der Formularnummer können Sie es dort herunterladen.

3  **Lernmittel** Bitte Notwendigkeitsbescheinigung der Ausbildungseinrichtung und quitierte Rechnungen beifügen (siehe hierzu die dem Bewilligungsbescheid beigefügten Informationen)

Art: \_\_\_\_\_ EUR

4  **Miete** (nur bei internatsähnlicher Teilnahme)

ab \_\_\_\_\_ monatlich \_\_\_\_\_ EUR

5  **Pauschalisiertes Verpflegungsgeld** (nur bei internatsähnlicher Teilnahme)

ab \_\_\_\_\_

6 **Bankverbindung** (nur bei Änderungen ausfüllen)  
Die Angaben zur IBAN entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug.

IBAN (International Bank Account Number)  
D E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geldinstitut (Name, Ort) \_\_\_\_\_

Kontoinhaberin / Kontoinhaber \_\_\_\_\_

**7 Erklärung**

**Ich verpflichte mich, alle Veränderungen zu den vorstehenden Angaben, zum Beispiel Beginn des Praktikums, Änderung des Verkehrsmittels oder der Unterbringungsart, sofort der Deutschen Rentenversicherung Westfalen mitzuteilen.**

**Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass durch fehlerhafte Angaben verursachte Überzahlungen von mir zu erstatten sind. Für geforderte Kosten habe ich bisher keinen Ersatz von anderen Stellen erhalten.**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten \_\_\_\_\_