Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Gartenstraße 194, 48147 Münster
Postanschrift: 48125 Münster

Telefon: 0251 238-0, Telefax: 0251 238-2960
Servicetelefon: 0800 1000 48011
E-Mail: kontakt@drv-westfalen.de
www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.

Name, Vorname

Anschrift (nur bei Änderung ausfüllen)

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Abteilung für Rehabilitation
48125 Münster

Hinweise zur Fahrkostenerstattung:

Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden Ihnen nach Vorlage entsprechender Fahrbelege (keine Fahrpreisbescheinigung) die Fahrkosten erstattet, die unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisvergünstigungen entstanden sind.

Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges wird Ihnen für die Fahrten zur Ausbildungseinrichtung und zurück zur Wohnung eine Wegstreckenentschädigung von zurzeit 0,20 EUR je gefahrenen Kilometer gezahlt.

Erstattung der Fahrkosten, die durch die Teilnahme an den Unterrichtsveranstaltungen der Teilzeitförderung entstehen

Ich beantrage die Erstattung der Fahrkosten für die Fahrten zur

Ausbildungseinrichtung (Name, Ort)				
am	am	am	am	am
am	am	am	am	am

☐ Ich habe öffentliche Verkehrsmittel benutzt; die entsprechenden Fahrbelege sind beigefügt.

☐ Ich bin mit einem Kraftfahrzeug gefahren. Die gefahrene Strecke zur Ausbildungseinrichtung und zurück zur Wohnung beträgt insgesamt _____ km.

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

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen zu den vorstehenden Angaben, zum Beispiel die Änderung des Verkehrsmittels, 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

Wird von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen ausgefüllt

Gesamtbetrag: EUR