Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Antrag auf Erstattung von Kosten für Fahrten zur Arbeitsstelle anlässlich einer stufenweisen Wiedereingliederung

G0835

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Angaben zur Person

Name, Vorname

Ich nehme an einer stufenweisen Wiedereingliederung ab dem Tag Monat Jahr teil.

Ohne Erstattung der Kosten ist die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung gefährdet,

weil _____

_____

☐ Ich werde **öffentliche Verkehrsmittel** nutzen und nehme mögliche Fahrpreisvergünstigungen in Anspruch.

☐ Ich werde **ein Kraftfahrzeug** nutzen. Die einfache Strecke beträgt: _____ Kilometer.

Ich erhalte von meinem Arbeitgeber einen Zuschuss zum Übergangsgeld.

☐ nein ☐ ja

Ich erhalte von meinem Arbeitgeber einen Zuschuss zu den Fahrkosten.

☐ nein ☐ ja

Ein Dienstwagen oder Firmenwagen steht mir zur Verfügung.

☐ nein ☐ ja

Das Kraftfahrzeug kann ich kostenlos betanken oder laden.

☐ nein ☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

G0835-00 DRV
Version 01001 - EGBL 9/2021 - Stand 06.12.2021