

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.

☐ tatsächlich durchgeführten Familienfahrten (maximal zwei Familienfahrten pro Monat, in Teilmonaten eine, sofern die Leistung mehr als 14 Tage andauert.)

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

Nur von der Deutschen
Rentenversicherung Westfalen auszufüllen

Fahrkosten bei Kfz-Nutzung:

täglicher Betrag:

_____ km x 0,20 EUR = _____ EUR

Teilmonate:

täglicher Betrag _____ EUR

x _____ Pendeltage
= _____ EUR

Bei Pauschale für volle Kalendermonate:

täglicher Betrag _____ EUR

x 220 Tage : 12 Monate
= _____ EUR

Fahrkosten bei ÖVM-Nutzung:

monatliche Fahrkosten = _____ EUR

☐ begrenzt auf Internatskostensatz = _____ EUR

Fahrkosten bei Kfz-Nutzung:

gefahrte 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 bei ÖVM-Nutzung:

Fahrkosten
je vollen Monat mit
2 Familienheimfahrten = _____ EUR
(höchstens 260,00 EUR)

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.

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 G3610-11 ausfüllen und beifügen!

Das Formular G3610-11 finden Sie auf unserer Internetseite

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 zu IBAN und BIC 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