

Absender:

(Name, Vorname)

(Straße, PLZ und Wohnort)

An das
Landratsamt Rastatt
Sozialamt-Versorgungsamt
Am Schlossplatz 5
76437 Rastatt

**Fahrdienst für Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung im
Landkreis Rastatt**

• **Antrag auf Erstattung der entstandenen Fahrtkosten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt übersende ich Ihnen die Belege über die im Rahmen des Fahrdienstes für Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung entstandenen Fahrtkosten mit der Bitte um Erstattung. Die notwendigen Zusatzinformationen habe ich auf der Rückseite dieses Schreibens vermerkt.

Ich versichere, dass es sich hierbei nicht um Kosten für Fahrten zu ärztlichen oder sonstigen therapeutischen Maßnahmen und Zwecken, zu Schulen oder Ausbildungsstätten, zum Arbeitsplatz, zu teil-/stationären Einrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Ferienfreizeiten und Ähnlichem handelt.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen: Belege Fahrtkosten

Bitte unbedingt die Rückseite ausfüllen!

Bitte unbedingt ausfüllen, da die Angaben zur Abrechnung der Fahrtkosten benötigt werden:

Datum der Fahrt	Zweck der Fahrt (z. B. Einkauf, Besuch einer Veranstaltung, Besuch von Angehörigen oder Bekannten)	Zielort (Ort, Straße, ggf. Hausnummer)

Rollstuhltransport ist wegen der Art und Schwere der Behinderung erforderlich.