



Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Kundencenter/ Versorgungsamt
III C 2
Sächsische Str. 28
10707 Berlin

Antrag auf Taxikosten-Erstattung aus dem Taxikonto zum Sonderfahrdienst

Angaben zur Person

*Pflichtfelder

Geschäftszeichen Schwerbehinderung*	
Geschäftszeichen Sonderfahrdienst*	
Name, Vorname*	
Geburtsdatum*	

Hinweise:

Drucken Sie das ausgefüllte Formular aus. Senden Sie das ausgedruckte Formular zusammen mit den Original-Quittungen an das LAGeSo (per Post). Quittungen ohne Angaben zur Fahrtstrecke oder Kopien von Quittungen werden nicht erstattet.

Ich reiche meine Taxiquittungen aus dem Monat/ Jahr _____ zur Erstattung ein.

Bitte überweisen Sie den Betrag von _____ € auf das folgende Konto.

Bankverbindung (bitte prüfen):

Kontoinhaber	
Name, Vorname*	
IBAN*	
BIC	

Angaben zu meiner Eigenbeteiligung:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- volle Eigenbeteiligung (40 €)
- ermäßigte Eigenbeteiligung (20 €)
- Heimbewohner ohne Eigenbeteiligung

Datum*	
Geschäftszeichen Schwerbehinderung	
Geschäftszeichen SoFa*	
Name, Vorname*	
Geburtsdatum*	

*Pflichtfelder

Lfd.Nr.	Datum der Fahrt	Fahrtkosten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
	Gesamtsumme:	
	Eigenbeteiligung abziehen:	
	verbleibender Betrag:	
	monatlich möglicher Zuschuss maximal:	125,00 €

Geprüft am:

von III C am _____