



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 _____