**Bezirk Niederbayern**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **, geb.** |  |

**Sozialverwaltung Fahrnachweis für**

**Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut**

(zur Vorlage beim Fahrdienstanbieter)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Laut Bescheid des Bezirks Niederbayern -Sozialverwaltung- vom |  | ist die o.g. Person berechtigt, in der Zeit **vom** |  | **bis** |  |

den Fahrdienst für schwer behinderte Menschen (Leistung zur Mobilität) als Leistung zur sozialen Teilhabe gem. §§ 99, 102 SGB IX i. V. m. § 53 SGB XII in der Fassung vom 31.12.2019 i. V. m. §§ 113, 114, 83 SGB IX zu nutzen. **Die Kostenübernahme gilt bei Bewohnern in einer besonderen Wohnform für Fahrten bis insgesamt höchstens 240 Kilometer (einschließlich Leerkilometer) und 400,00 € pro Jahr bzw. für alle übrigen Berechtigten bis insgesamt höchstens 2.400 Kilometer (einschließlich Leerkilometer) und 2.100,00 € pro Jahr. Die einfache Strecke pro Fahrt darf nicht mehr als 200 km betragen.**

**Die Kosten für Fahrten zu ärztlichen oder sonstigen therapeutischen Maßnahmen, zum Arbeitsplatz, zur Ausbildungsstätte, zur Werkstätte, Förderstätte oder Tagesstrukturangebot und dergleichen, sowie Fahrten zu Urlaubszwecken und jegliche Fahrten ins Ausland, werden im Rahmen dieser Leistung nicht übernommen.**

**Nachweis über durchgeführte Fahrten** (bitte jede Fahrt umgehend nach der Durchführung bestätigen)**:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Datum** | **Start und Ziel der Fahrt (exakte Angabe der Adresse mit Ort, Straße und Hausnummer)** | **Zweck der Fahrt** | **Weitere Teilnehmer (ggf.Begründung auf Rückseite)** | | **abgerechnete km (ggf. an-teilige Leer-km)** | **Fahrpreis (€)** | **Fahrdienst Firmenname** |
| 1. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 2. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 3. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 4. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 5. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 6. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 7. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |
| 8. |  |  |  | ja | nein |  |  |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Berechtigten |

Stand: 01.03.2020