



Laut Bescheid des Bezirks Niederbayern -Sozialverwaltung- vom _____ ist die o.g. Person berechtigt, in der Zeit vom _____ bis _____ den Fahrdienst für schwer behinderte Menschen als Leistung zur sozialen Teilhabe gem. §§ 53, 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 76, 83 SGB IX zu nutzen.

Die Kostenübernahme gilt bei Bewohnern von Einrichtungen und Heimen für Fahrten bis insgesamt höchstens 240 Kilometer (einschließlich Leerkilometer) und 400,00 € pro Jahr bzw. für alle übrigen Berechtigten bis insgesamt höchstens 2400 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, zu teilstationären Einrichtungen 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. anteilige Leer-km)	Fahrpreis (€)	Fahrdienst Firmenname
1.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
2.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
3.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
4.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
5.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
6.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
7.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
8.				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift des Berechtigten