

**- Bitte vollständig ausgefüllt und von der Werkstatt bestätigt
an den KSV Sachsen zurücksenden! -**

Absender:

.....',,
Ort, Datum

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 3
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Aktenzeichen:
Fahrtkosten zum Besuch der Werkstatt in

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie bitten, die mir zum Besuch der Werkstatt für behinderte Menschen entstandenen Fahrtkosten zu erstatten. Die Werkstatt für behinderte Menschen habe ich regelmäßig erreicht:

- als Selbstfahrer mit dem eigenen Kfz mit dem Fahrrad
 mittels Einzelbeförderung durch private Personen (Eltern, Verwandte, Bekannte)

Abrechnung:

Monat/ Jahr	Adresse der WfbM (<u>tatsächlicher</u> Arbeitsort) z. B. Zweigstellen, Außenarbeitsplatz, Praktikum Straße, Hausnr., PLZ + ggf. Besonderheiten	einfache Entfernung in km Wohnort – Werkstatt	Anzahl der Anwesenheits- tage

Bitte überweisen Sie die erstattungsfähigen Fahrtkosten auf folgende Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Name der Bank/Sparkasse:

Name des Kontoinhabers:

Mir ist bekannt, dass ich den Kommunalen Sozialverband Sachsen unverzüglich zu informieren habe, sobald sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern.

Mit freundlichem Gruß

Bestätigung der Werkstatt

.....
Unterschrift des Leistungsberechtigten, Bevollmächtigten
oder gesetzlichen Vertreters

(Stempel)

(Unterschrift)