

**- 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 zahlen Sie die erstattungsfähigen Fahrtkosten auf die Ihnen bereits mitgeteilte Bankverbindung.

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)