


Bundesagentur für Arbeit		Eingangsdatum	 Bundesagentur für Arbeit
--------------------------	--	---------------	---

Name, Anschrift, Kundennummer

Reha

Vermerke der Agentur für Arbeit	Hdz.
Reha-Antrag gestellt am:	
Fragebogen ausgegeben am:	
Durch die Agentur für Arbeit:	

Antrag/Fragebogen auf Kostenübernahme für einen Beförderungsdienst

1. Antragsbegründung	
<p>Ich benötige wegen Art oder Schwere der Behinderung für die tägliche Fahrt zwischen Wohnung und Arbeits-, Ausbildungs- oder Bildungsstätte einen Beförderungsdienst, weil ich</p> <p><input type="checkbox"/> wegen Art und Schwere der Behinderung öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen</p> <p><input type="checkbox"/> ein Kraftfahrzeug nicht selbst führen kann und auch kein Dritter ein KFZ für mich führen kann</p> <p><input type="checkbox"/> aus folgenden Gründen darauf angewiesen bin:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
2. Arbeitsplatz/Ausbildungsort/Bildungsstätte	
Name des Arbeitgebers/der Bildungsstätte:	_____ Telefon: _____
Anschrift:	_____ (Straße, Postleitzahl, Ort)
Der Arbeits-/Ausbildungsort, die Bildungsstätte befindet sich abweichend an anderer Stelle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja:	
Anschrift:	_____ (Straße, Postleitzahl, Ort)
Art der Tätigkeit/Ausbildung/Weiterbildung: _____	
Beginn der Beschäftigung/Ausbildung/Weiterbildung: _____	
Ist das Beschäftigungs- bzw. Ausbildungsverhältnis befristet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja,	<input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> Grund _____ <input type="checkbox"/> gekündigt zum _____ <input type="checkbox"/> Grund _____
Vollzeitbeschäftigung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> , falls nein - Anzahl der Arbeitstage wöchentlich _____ oder monatlich: _____	
3. Verkehrsweg	
Die Entfernung zwischen Wohnung und Arbeits-, Ausbildungs- bzw. Bildungsstätte (einfache Wegstrecke) beträgt _____ km.	
Bisher bin ich wie folgt dorthin gelangt:	

Wichtiger Hinweis:
Sie sollten eine Kostenersatzung immer geltend machen, bevor Aufwendungen entstehen oder Ausgaben anfallen.

Vorname, Name:

Kundennummer:

4. Art des Beförderungsdienstes und Kosten

a) für den Weg zwischen Wohnung und Arbeitsplatz, Ausbildungs- bzw. Bildungsstätte ist folgender Beförderungsdienst erforderlich (Art des Unternehmens):

[Empty text box for transport service type]

b) monatlicher Aufwand: _____ Euro

Fügen Sie bitte 3 Kostenvoranschläge von Beförderungsunternehmen bei, die in der Lage sind, Sie zur Arbeits-/Ausbildungs-/ Bildungsstätte zu fahren.

5. Familienangehörige/Unterhaltsleistungen

Unterhalten Sie Familienangehörige? (Bitte Nachweise beifügen!)

nein ja

Table with 7 columns: lfd. Nr., Name, Vorname der Familienangehörigen, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, Art der Familienangehörigkeit, Höhe der monatlichen Netto-Einkünfte, Besteht häusliche Gemeinschaft?, Art/Höhe des Unterhalts des Antragstellers.

6. Einkommen

Ich beziehe/erhalte:

- Arbeitsentgelt, Krankengeld, Arbeitslosengeld I/Arbeitslosengeld II, Übergangsgeld, Rente, sonstige Lohnersatzleistungen (z.B. Kurzarbeitergeld), Weitere Einkünfte: _____

Monatliche Höhe: _____ Euro (Netto-Einkünfte bei Arbeitsentgelt, -einkommen)

Bitte Nachweis über Einkünfte beifügen/nachreichen, die 2 Monate vor Vertragsabschluss mit dem Beförderungsunternehmen erzielt wurden!

7. Werbungskosten/Aufwendungen zur sozialen Sicherung

Ich habe monatlich folgende Aufwendungen:

- Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsplatz/Bildungsstätte - benutztes Verkehrsmittel, - Kosten für öffentliche Verkehrsmittel, - einfache Wegstrecke

Beiträge zu Berufsverbänden, Gewerkschaften _____ Euro.

Mehraufwendungen durch die notwendige Führung eines doppelten Haushaltes in Höhe der Miete am auswärtigen Aufenthaltsort zuzüglich Verpflegungsmehraufwand, soweit nicht Trennungsschädigung, Auslösung u.ä. gezahlt wird _____ Euro.

Bitte jeweils Nachweise beifügen. Maßgebend sind die Verhältnisse 2 Monate vor Beginn des Bewilligungszeitraums. Bei wesentlichen Änderungen in den Einkommensverhältnissen (z.B. bei Beschäftigungsaufnahme) wird eine Neuberechnung nach 6 Monaten vorgenommen.

Vorname, Name:

Kundennummer:

8. Kostenzuschüsse anderer Stellen

Ich habe für die Bezuschussung eines Beförderungsdienstes einen Kostenzuschuss

- bei einer anderen Stelle beantragt
 von einer anderen Stelle erhalten

Wenn ja: Bei/von _____

Ich habe bereits früher bei der Agentur für Arbeit oder bei einer anderen Stelle entsprechende Leistungen erhalten bzw. es wurden solche abgelehnt:

Wenn ja:

Stelle: _____

Für welche Leistung: _____

Bewilligt wurden

Zuschuss _____

Euro

Darlehen _____

Euro

Ablehnung mit Bescheid
vom _____

9. Rückzahlungsverpflichtungen

Ich habe gegenüber der Bundesagentur für Arbeit Rückzahlungsverpflichtungen:

nein

ja

Wenn ja, bei der Agentur für Arbeit _____

10. Ergänzende Angaben

Bei der Entscheidung bitte ich Folgendes zu berücksichtigen:

Ich bitte, die bewilligte Leistung an

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

11. Erklärung

- Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Fragebogens können – soweit erforderlich – Rückfragen beim Arbeitgeber/bei der Bildungsstätte erfolgen.
- Ich werde die mir gewährte Leistung sofort in einem Betrag zurückzahlen, wenn
 - die Arbeitsaufnahme durch mein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten vereitelt wird, oder
 - das Arbeitsverhältnis wegen meines vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verhaltens gelöst wird, oder
 - die Voraussetzungen für die Gewährung der Leistungen ohne mein Verschulden entfallen sind, insoweit, als mir dem Leistungszweck entsprechende Kosten noch nicht entstanden sind.
- Ich trete meine der Pfändung unterworfenen Ansprüche gegen meinen jeweiligen Arbeitgeber oder gegenüber Dritten in Höhe der fälligen Erstattungsansprüche an die Bundesagentur für Arbeit ab. Ich ermächtige meinen jeweiligen Arbeitgeber, auf Verlangen der Agentur für Arbeit meine Erstattungsverpflichtung durch Einbehaltung von meinem Arbeitsentgelt in Höhe der Restschuld zu erfüllen. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass bei Bezug von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III), z.B. Arbeitslosengeld, der noch zu zahlende Betrag in angemessenen Raten einbehalten wird.
- Meine Ansprüche gegen meinen Arbeitgeber oder gegen andere öffentlich-rechtliche Stellen auf gleichartige Leistungen trete ich hiermit an die Bundesagentur für Arbeit ab.
- Das Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ habe ich erhalten und vom Inhalt Kenntnis genommen. Weitere datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Ort, Datum: _____

Auf eine Mitteilung an mich über die erbrachten Leistungen verzichte ich:

(Unterschrift Antragstellerin / Antragstellers)

(Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)