



Nachweis über die Verwendung der Mobilitätshilfe

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Aktennummer	Zeitraum
				-

Hinweise:

Die Beförderung kann durchgeführt werden von

- Behindertenfahrdiensten der Wohlfahrtsverbände
- Privaten Beförderungsunternehmen und Taxi-Genossenschaften
- Privatpersonen

Für Fahrten, die von Privatpersonen durchgeführt werden, kann ein Unkostenbeitrag abgerechnet werden. Die hierfür abgerechneten Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den gefahrenen Kilometern stehen (Richtwert 0,35 € pro Kilometer).

Ausgaben für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, sowie mit einem eigenen geeigneten KFZ sind ausgeschlossen.

Als Zweck der Fahrt können angegeben werden, z.B.

- Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit anderen Menschen
- Besuch von kulturellen Veranstaltungen wie z.B. Kino-Besuch
- Einkaufen

Ausgeschlossen sind Fahrten

- zu ärztlichen und sonstigen therapeutischen Maßnahmen
- zum Besuch von Arbeitsstätten, Schulen, Tagesstätten und dgl.
- für die von einer Einrichtung organisierten Gemeinschaftsaktivitäten der Heimbewohner
- zwischen Einrichtungsteilen und auf dem Gelände einer Einrichtung

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

- -

	Datum	Zweck der Fahrt	Abfahrtsort	Zielort	Anzahl Kilometer	Beförderer/ Fahrdienstname	Kosten	Unterschrift Beförderer/Fahrdienst
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								

	Datum	Zweck der Fahrt	Abfahrtsort	Zielort	Anzahl Kilometer	Beförderer/ Fahrdienstname	Kosten	Unterschrift Beförderer/Fahrdienst
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								

	Datum	Zweck der Fahrt	Abfahrtsort	Zielort	Anzahl Kilometer	Beförderer/ Fahrdienstname	Kosten	Unterschrift Beförderer/Fahrdienst
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Leistungsberechtigten
oder gesetzlichen Vertreterin/s