

Antrag auf Fahr- und Betreuungskosten Traumaambulanz

Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit
Adressauswahl
- bitte auswählen -

Bereich Halle

Bereich Magdeburg

Adressfeld öffnen

Anschriftenfeld leeren



SACHSEN-ANHALT

**Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit**

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen oder ausfüllen!

Hinweise:

Die Erstattung der Fahrkosten des/der Geschädigten, eines Kindes, dessen Mitnahme erforderlich ist oder einer notwendigen Begleitperson kann beim Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit beantragt werden. Erstattet werden ausschließlich die Fahrkosten zur vom Wohnort nächstgelegenen Traumaambulanz. Die Fahrkosten werden in Höhe des Betrages zu Grunde gelegt, der bei der Beförderung in der niedrigsten Klasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist. Bei der Beförderung in einem anderen Verkehrsmittel wird ein Betrag in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Bundesreisekostengesetzes zu Grunde gelegt. Ebenfalls übernommen werden die nachgewiesenen notwendigen Betreuungskosten für zu betreuende oder zu pflegende Familienangehörige.

1. Angaben zur Person

1.1 Antragsteller(in)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	

1.2 Bankverbindung

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC

2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage im Rahmen der Inanspruchnahme der Sitzungen in der Traumaambulanz folgende:

Fahrkosten (bitte belegen)	Fahrkarte Euro	Zuschläge Euro
Sonstige Fahrkosten (erläutern und belegen)		
	Euro	
Wegstreckenentschädigung (Gesamtstrecke)	km	

2.2 Ich habe folgendes Beförderungsmittel genutzt:

☐ Bahn/Bus ☐ KFZ ☐ andere Beförderungsmittel

(benennen, ggf. erläutern)

Erläuterungen (z. B. Gründe für die Benutzung eines Taxis, Gründe Notwendigkeit Begleitperson)

2.3 Ich beantrage im Rahmen der Inanspruchnahme der Sitzungen in der Traumaambulanz folgende:

Betreuungskosten
(erläutern und belegen)

Euro

Anzahl der Anlagen

Erläuterungen

3. Erklärungen

Das Hinweisblatt „**Hinweise zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen**“ habe ich erhalten. Ich stimme der Erfassung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Antragstellung ausdrücklich zu.

Ich versichere die Richtigkeit vorstehender Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

4. Von der Traumaambulanz auszufüllen

Im Rahmen der Schnellen Hilfen wurden folgende Termine in der Traumaambulanz

☐ mit Begleitperson

Datum

☐ ohne Begleitperson

Datum

wahrgenommen.

Die ärztliche Notwendigkeit für folgende Leistungen wird bescheinigt (Begleitperson, Taxi, Krankentransport - bitte konkret aufführen und erläutern):

Erläuterungen

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Traumaambulanz

Eingaben entfernen