

Adressat: Landesamt für Soziales und Versorgung, Stabsstelle LAufnG  
Webportal: [ke-LAufnG.lvnbb.de](http://ke-LAufnG.lvnbb.de)

## Antrag auf Kostenerstattung für die freiwillige Erstattungsleistung gemäß § 6 Abs. 4 LAufnGERstV

Der Antrag ist bis zum 15.04. des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Kalenderjahres über das Webportal ([ke-laufng.lvnbb.de](http://ke-laufng.lvnbb.de)) einzureichen.

Landkreis / kreisfreie Stadt:	
Bearbeiter/in:	
Telefon:	
E-Mail:	

Abrechnungszeitraum:	
----------------------	--

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung nach:

§ 6 Abs. 4 LAufnGERstV:	ja	nein
-------------------------	----	------

Die sachliche Richtigkeit der getätigten Angaben wird bestätigt.

**Datum:**

Zur Einreichung des Antrags / der Meldung befugt:  
(maschinell eingetragener Name des Befugten)