

Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 31
Lipezker Str.45, Haus 6
03048 Cottbus

Absender:

AZ:

Antrag auf Erstattung der Fahrgeldausfälle aufgrund der unentgeltlichen Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personennahverkehr nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)

1. Beantragt wird die Erstattung von Fahrgeldausfällen nach § 233 Abs. 1 SGB IX

- nach Berücksichtigung des Einnahmenaufteilungsverfahrens 2014
- nach dem vom Land Brandenburg gemäß § 231 Abs. 4 SGB IX festgesetzten Vomhundertsatz
- nach dem von uns individuell nachgewiesenen Vomhundertsatz gemäß § 231 Abs. 5 SGB IX

2. Allgemeine Angaben

betrifft anspruchsberechtigtes Unternehmen:

Unternehmen	Tel. (Vorwahl, Rufnummer)
Betriebssitz (PLZ; Ort)	Ansprechpartner
Straße, Haus-Nr.	Sparkasse, Bank
	Bankleitzahl
	Kontonummer

3. Zugeschiedene Fahrgeldeinnahmen im Ergebnis des Einnahmenaufteilungsverfahrens (EAV)
(Summe aller Pools gem. Anlage 1 zur Vereinbarung der Fahrgelderstattung bei Einnahmenaufteilung im VBB)

Summe der zugeschiedenen Einnahmen aus der EAV (in EUR) :
(Ergebnis je Pool siehe beigefügte Fortsetzungsblätter)

4. Erklärungen

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig gemacht habe.

Name	Stempel/Unterschrift (Antragsteller)
Ort, Datum	