



Antrag auf Fahrkosten / Betreuungskosten bei Behandlung in einer Traumaambulanz nach dem Recht der Sozialen Entschädigung (§ 36 SGB XIV)

Landesamt für Soziales und Versorgung
Soziales Entschädigungsrecht

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

A. Angaben zur Person

1.	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers Geburts- oder früherer Name
2.	Aktenzeichen (des Antrages nach dem Opferentschädigungsgesetz oder des Antrages auf Schnelle Hilfen):		

B. Bestätigung der durchgeführten Sitzungen

Probatorische Sitzung	ggf. Notwendigkeit der Begleitperson		Bestätigung der Traumaambulanz (Unterschrift)	Beförderungsmittel (PKW / öffentlicher Nahverkehr)
1.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
5.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
6.*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
7.*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
8.*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Therapeutische Sitzung	ggf. Notwendigkeit der Begleitperson		Bestätigung der Traumaambulanz (Unterschrift)	Beförderungsmittel (PKW / öffentlicher Nahverkehr)
1.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
5.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

* Nur bei Kindern und Jugendlichen (§ 34 Abs. 2 SGB XIV)

6.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
7.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
8.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
9.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
10.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

	ggf. Notwendigkeit der Begleitperson		Bestätigung der Traumaambulanz (Unterschrift)	Beförderungsmittel (PKW / öffentlicher Nahverkehr)
Nachuntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

C. Kosten

1. bei Benutzung PKW			
Heimatort (Abfahrt)	Traumambulanz (Zielort)	insgesamt gefahrene Kilometer (Hin und Rückfahrt zusammen)	ggf. Parkkosten** in €
2. bei Benutzung des öffentlichen Nahverkehrs (Bitte Kopie der Fahrkarten einreichen, ggf. für notwendige Begleitperson)			
Heimatort (Abfahrt)	über***	Nach (Zielort)	Kosten in €

	Bahncard (ggf. Kopie einreichen)		Schwerbehindertenausweis (ggf. Kopie einreichen)		Brandenburg Ticket (ggf. Kopie einreichen)	
Antragssteller/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Notwendigkeit einer Begleitperson (Kind und/oder Begleitperson) begründet sich wie folgt:

Durch die Fahrten sind notwendige Betreuungskosten in Höhe von..... € entstanden. Diese sind begründet; da

Hinweis zur Notwendigkeit einer Begleitperson und zu Betreuungskosten:

Die Notwendigkeit einer Begleitperson ist insbesondere bei einer Person gegeben, die im Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises mit Merkzeichen H, aG oder BI ist. Darüber hinaus ist diese auch gegeben, wenn eine psychische Erkrankung eine Begleitung erforderlich macht.

Betreuungskosten sind notwendig, wenn es sich um Kinder oder zu pflegende oder zu betreuende Familienangehörige handelt, deren Betreuung oder Pflege nicht anders sichergestellt werden kann (z.B. durch andere Familienangehörige).

** Parkkosten maximal in Höhe von 10,00 Euro

*** nur bei Wechsel des Verkehrsmittels z.B. Bus und Bahn

D. Ich bitte den mir zustehenden Betrag auf folgendes Konto zu überweisen.

Name der Bank:	
Kontoinhaber/in	
IBAN:	
BIC:	

Die für den Nachweis erforderlichen Belege sind beigefügt. Ich erkläre pflichtgemäß die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

.....

**Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters / der Vertreterin
oder des Betreuers / der Betreuerin**

.....

** Parkkosten maximal in Höhe von 10,00 Euro

*** nur bei Wechsel des Verkehrsmittels z.B. Bus und Bahn