

Personenkennziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

Bundesamt für das Personalmanagement
 der Bundeswehr
 Referat VII 2.4
 Wilhelm-Raabe-Straße 46
 40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Hier: Antrag auf Reisekostenerstattung nach § 24 BVG für die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln

Ich habe auf Grund der Besorgung von orthopädischen Hilfsmitteln die nachstehende Reise durchgeführt und beantrage hiermit die Erstattung der mir dafür entstandenen Reisekosten. Ich mache dazu die folgenden wahrheitsgemäßen Angaben:

1.) Angaben Zur Person

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

2.) Fahrtkosten

2.1 Ich bin von _____ nach _____ gefahren.	
2.2 Ich besitze einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.2.1 Der Ausweis hat folgende Vergünstigungen:	
a) Freifahrt auf Nahverkehrsmitteln mit gültiger Wertmarke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) Ständige Begleitperson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) Benutzung der ersten Wagenklasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.3 Ich habe bezahlt für	
a) Eisenbahnfahrt	_____ EUR
b) Bus	_____ EUR
c) Straßenbahn, Taxi usw.	_____ EUR
d) Mietwagen – Krankenwagen	_____ EUR

