

Bezirk Schwaben
Teilhabe Netzwerk
86147 Augsburg

Fahrtkostenerstattung Teilhabenetzwerk

Antragssteller/in

Name Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Bankverbindung

Kontoinhaber/in _____

Bei Abweichung zur antragsstellenden Person bitte Anschrift mitangeben

IBAN _____

BIC _____

Veranstaltung

☐ Beteiligungsrat

☐ Mitgliederversammlung

☐ Arbeitskreis _____

☐ Sonstige _____

Veranstaltung am _____

Reisestrecke

Abreiseort _____

Veranstaltungsort _____

☐ PKW (_____ km x 0,35 €)

☐ ÖPNV, Taxi, Fahrdienst
(Belege bitte beifügen)

Erstattungsbetrag _____

Das Teilhabe-Netzwerk ist ein freiwilliger regionaler Zusammenschluss von Trägern und Diensten zur Planung, Koordinierung und Gestaltung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen.



In Zusammenarbeit mit dem Sachgebiet Koordination Sozialpsychiatrie und regionale Netzwerke beim Bezirk Schwaben

Datum

Unterschrift