

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Antrag Besuchsbeihilfe (Familienheimfahrt) gemäß § 115 SGB IX

Hiermit wird die Übernahme der Kosten für eine Besuchsbeihilfe beantragt.

Persönliche Angaben der nachfragenden Person

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum/-ort	

Angaben zur Fahrt

von (Datum)		bis	
Wer wird besucht?			
Vor- und Nachname			
Verwandtschaftsverhältnis			
Adresse/Ort			
Verkehrsmittel			

Ort, Datum

Unterschrift nachfragende Person

Durch Leistungserbringer (besondere Wohnform) auszufüllen

Es wird bestätigt, dass die Besuchsfahrt mit den Zielen der Maßnahme vereinbar ist und diesen nicht entgegensteht.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungserbringer (Einrichtung)