Fahrtkostenabrechnung Einzelfahrten:

### Maßnahmebezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Monat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Maßn.- Nr. 435/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_** **Stempel des Maßnahmeträgers**

*Für die Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels werden die erforderlichen Kosten des günstigsten Tarifs erstattet. Voraussetzung ist das Vorhandensein von mindestens einer Haltestelle auf dem kürzesten Weg zwischen Wohnort und der Bildungseinrichtung.*

*Für die Nutzung eines Kraftfahrzeugs oder eines sonstigen Verkehrsmittels wird eine Wegstreckenentschädigung von 0,20 € je gefahrenen Kilometer für die kürzeste Strecke vom Wohnort zum Bildungsträger gewährt.*

**Mit meiner Unterschrift beantrage ich bei dem Jobcenter Stadt Kassel die Erstattung der durch die Teilnahme an o. g. Maßnahme mir entstandenen Fahrkosten. Gleichzeitig trete ich meinen Anspruch auf diese Fahrkostenerstattung in vollem Umfang an den Maßnahmeträger ab.**

**Die Auszahlung erfolgt in bar im Nachhinein durch den Maßnahmeträger.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Kd.-Nr.** | **Teilnahme****von****bis** | **Fahrkosten** **Wohnort-Schulungsstätte** | **Datum der Fahrt** | **Auszahlungs-****betrag an den****Teilnehmer** | **Betrag erhalten (Unterschrift Teilnehmer/in)** | **Anspruchs-voraus****Setzungen liegen vor****(-482-)** |
| **km** **(Hin- u. Rückfahrt)** | **Öffentl. Verkehrsmittel** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Kd.-Nr.** | **Teilnahme****von****bis** | **Fahrkosten Wohnort-Schulungsstätte** | **Datum der Fahrt** | **Auszahlungs-****betrag an den****Teilnehmer** | **Betrag erhalten (Unterschrift Teilnehmer/in)** | **Anspruchs-voraus****Setzungen liegen vor****(-482-)** |
| **km** **(Hin- u. Rückfahrt)**  | **Öffentl. Verkehrsmittel** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |