

## ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG DER FAHRTKOSTEN

### 1. Antragsteller

#### Allgemeine Angaben

Anrede	<input type="text"/>
Name (Geburtsname)	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Nationalregisternummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

#### Konto

Inhaber	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>

#### Adresse

Straße	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Gemeinde	<input type="text"/>

#### Krankenkasse

Name	<input type="text"/>
Code titulaire	<input type="text"/>

## 2. Angaben zur ausländischen Langzeitrehabilitationseinrichtung n°1

### Einrichtung

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Kilometerzahl (hin und zurück)	<input type="text"/>

### Fahrten

Hinfahrt	Rückfahrt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesamte Kilometerzahl :

### 3. Angaben zur ausländischen Langzeitrehabilitationseinrichtung n°2

**Einrichtung**

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Kilometerzahl (hin und zurück)	<input type="text"/>

**Fahrten**

Hinfahrt	Rückfahrt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesamte Kilometerzahl :

#### 4. Angaben zur ausländischen Langzeitrehabilitationseinrichtung n°3

##### Einrichtung

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Kilometerzahl (hin und zurück)	<input type="text"/>

##### Fahrten

Hinfahrt	Rückfahrt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesamte Kilometerzahl :

## 5. Interessenserklärung

Ich bestätige mit diesem Formular meine Anfrage auf eine Langzeitrehabilitationsmaßnahme im Ausland für den Zeitraum

vom	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bis zum	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jegliche falsche oder unvollständige Erklärung (beabsichtigt oder nicht) kann die Verweigerung oder die Rückforderung der Erstattung zur Folge haben.

Folgende Anhänge müssen dem Formular beigefügt sein

- mögliche Quittungen oder Belege

Bitte senden Sie den vollständigen Antrag, einschließlich Anlagen, mit dem Vermerk „VERTRAULICH“ an das  
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Fachbereich Gesundheit und Senioren

Frau Cécile Crott

Gospertstraße 1

4700 Eupen

Nach Eingang des Antrags, wird Ihnen eine Empfangsbestätigung zugestellt.

Datum	Unterschrift Antragsteller