

**Bitte in 1-facher Ausfertigung einreichen**

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Absender (Name, Anschrift) | Ort, Datum |
|----------------------------|------------|

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Empfänger (Name, Anschrift)                                                                           |
| Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie<br>Team 3SL2<br>Postfach 10 08 44<br>31108 Hildesheim |

**Aktenzeichen: 43210/5 -**

**Antrag auf Erstattung  
von Fahrgeldausfällen für die unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter  
Menschen im öffentlichen Personenverkehr gem. § 231 Abs. 1 SGB IX**

☐ für das Kalenderjahr \_\_\_\_

☐ sowie einer Vorauszahlung für das Kalenderjahr \_\_\_\_

(X) Zutreffendes bitte ankreuzen

|                                                                |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Anspruchsberechtigter Unternehmer                              | Betriebssitz (Postleitzahl, Ort)                                      |
| Straße, Hausnummer                                             | Bearbeiterin/Bearbeiter (Name, Vorname) und<br>(Tel.-Nummer, E-Mail ) |
| Geldinstitut                                                   |                                                                       |
| IBAN                                                           |                                                                       |
| BIC                                                            |                                                                       |
| Name, Vorname des Beauftragten, wenn Dritte den Antrag stellen | Betriebssitz (Postleitzahl, Ort)                                      |
| Straße, Hausnummer                                             | Bearbeiterin/Bearbeiter (Name, Vorname) und<br>(Tel.-Nummer, E-Mail)  |
| Geldinstitut (IBAN und BIC)                                    |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Inkassovollmacht                      | <input type="checkbox"/> Zustellvollmacht                             |

Die Erstattung von Fahrgeldausfällen nach § 233 Abs. 1 SGB IX wird beantragt

- ☐ nach dem vom Land Niedersachsen gemäß § 231 Abs. 4 SGB IX festzusetzenden Prozentsatz.  
☐ nach dem von uns/mir nachgewiesenen erhöhten Prozentsatz gemäß § 231 Abs. 5 SGB IX  
von            %.

Der **Abzug** in Höhe **eines Drittels des vom Land Niedersachsen festgesetzten Prozentsatzes** als Selbstbehalt erfolgt **durch die Erstattungsbehörde**.

- ☐ Unterlagen über Verkehrszählungen sind als Anlage beigelegt.  
☐ Es gelten die bereits in den Vorjahren vorgelegten Unterlagen über Verkehrszählungen.

Die Pflicht zur unentgeltlichen Beförderung der freifahrtberechtigten schwerbehinderten Menschen gem. § 228 SGB IX wurde im Erstattungszeitraum erfüllt und wird auch im Zeitraum, für den Vorauszahlungen beantragt werden, eingehalten im

- ☐ Linienverkehr mit Straßenbahnen und Obussen (§ 230 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).  
☐ Linienverkehr mit Kraftfahrzeugen nach § 42 PBefG auf Linien, bei denen die Mehrzahl der Beförderungen eine Strecke von 50 km nicht übersteigt (§ 230 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).  
☐ Linienverkehr mit Kraftfahrzeugen nach § 43 PBefG, soweit von der Einhaltung der Vorschriften über die Beförderungsentgelte keine Befreiung erteilt worden ist (§ 230 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).  
☐ sonstigen Linienverkehr (§ 230 Abs. 1 Nr. 3 - 7 SGB IX, z. B. Fährbetrieb).

Im Einzelnen wird dazu auf den Nachweis A verwiesen.

Die angegebenen Fahrgeldeinnahmen stammen ausschließlich aus dem o. a. Linienverkehr.

Eine Bescheinigung über die Fahrgeldeinnahmen (Nachweis B) ist diesem Antrag beigelegt.

**Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antrag und in den Anlagen wird versichert.**

Wir verpflichten uns,

- a) eine durch Vorauszahlung gegenüber der später rechnerisch ermittelten Erstattung eingetretene Überzahlung zurückzuzahlen und  
b) zu Unrecht erhaltene Beträge (Erstattungen/Vorauszahlungen) zurückzuzahlen und vom Tage der Auszahlung bis zum Tage der Rückzahlung mit 5 v. H. über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

**Die im Internet der Landessozialverwaltung (<http://www.soziales.niedersachsen.de>) eingestellten Hinweise zu den Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff. der Datenschutz-Grundverordnung habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.**

---

Unterschrift(en)