



Kreis Bergstraße  
Kennwort: Impftaxi  
Gräffstraße 5  
64646 Heppenheim

## Antrag auf Übernahme von Taxikosten zu Fahrten zur Corona Schutzimpfung - Bergsträßer Impftaxi

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass die Kosten nur für Personen übernommen werden können, die das 80. Lebensjahr vollendet haben und die Fahrt zur Corona Schutzimpfung nicht durch Verwandte bzw. Angehörige organisieren können. Die Kosten müssen spätestens innerhalb von vier Wochen nach dem Termin der Zweitimpfung geltend gemacht werden.

Name, Vorname(n):	
PLZ, Wohnort	
E-Mail: (freiwillige Angabe)	
Impfzentrum:	
Name der Krankenversicherung	
Krankenversicherungs- nummer:	

### Auszufüllen von der Impfperson:

Ich ..... versichere:

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

- Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse einen Erstattungsanspruch für Krankenfahrten nach § 60 SGB V.
- Die Krankenkasse/-versicherung erstattet die Fahrtkosten zum Impfzentrum nicht.
- Es war mir nicht möglich, eigenständig, etwa mit einem eigenen Auto, zum Impftermin zu kommen.
- Kein Familienmitglied (Verwandtschaft) oder Person aus dem Freundeskreis konnte mich fahren.

Ich habe die folgenden für die Antragsprüfung erforderlichen Anlagen beigefügt:

1. ärztliche Verordnung für eine Krankenförderung
2. Kopie meines Schwerbehindertenausweises oder der Einstufung meines Pflegegrades
3. Taxiquittung(en) (für Hin- /Rückfahrt ins Impfzentrum zum Impftermin)
4. Kopie meines Impfausweises als Nachweis meiner Anwesenheit im Impfzentrum
5. Ablehnungsentscheidung meiner Krankenkasse/-versicherung (soweit vorhanden)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und ich zum Zwecke der Kostenerstattung mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten einverstanden bin.

**Vollmacht**

Hier erteile ich, ..... (Vorname, Nachname), dem Kreis Bergstraße die Vollmacht, einen vorhandenen Anspruch auf Fahrkostenerstattung im Rahmen meiner Fahrt von und zum Impfzentrum für die Corona-Schutzimpfung gegenüber dem Land Hessen geltend zu machen.

✕

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

Ich bitte um Erstattung der Fahrkosten auf das Konto:

Name des Kontoinhabers	
Name der Bank:	
BIC:	
IBAN:	

**Hinweise zur Erstattung:**

Nach Prüfung Ihres Antrags und des positiven Entscheids durch das Land Hessen erhalten Sie die Fahrkosten in der vom Land Hessen bewilligten Höhe durch den Kreis Bergstraße auf die von Ihnen angegebene Kontoverbindung überwiesen.

Im Fall einer Ablehnung Ihres Antrags durch das Land Hessen erhalten Sie die Fahrkosten durch den Kreis Bergstraße in Höhe von 80 Prozent der nachgewiesenen Fahrkosten erstattet. Der Eigenanteil von 20 % entspricht etwa dem Kostenanteil, der auch durch die eigene Anreise oder eine Anfahrt mit dem ÖPNV entstünden.

✕

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller\*in