

Antrag auf unbare Zahlung der Leistungen nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG)

1. Überweisung auf ein eigenes Konto

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig auf mein nachstehend bezeichnetes Konto zu überweisen:

| | | |
|---------------|------|--------------|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum |
| Geldinstitut | IBAN | BIC |

Erklärung

| | |
|---|----------------------------|
| Ich verpflichte mich, dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises jede Änderung der Verhältnisse, welche die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, unverzüglich mitzuteilen und überzahlte Beträge dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Kreditinstitut, mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben, überzahlte Beträge der gewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir, jedoch nicht von meinen Erben, bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden. | |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller |

2. Überweisung auf ein Fremdkonto

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig auf das nachstehend bezeichnete Fremdkonto (z. B. eines Familienangehörigen, Betreuers oder einer Einrichtung) zu überweisen:

| | | |
|--|----------------------------|--------------|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum |
| Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | |
| Geldinstitut | IBAN | BIC |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller | |

Erklärung des Fremdkontoinhabers

| | |
|--|--------------------------------|
| Der Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung der Leistungen an den Leistungsberechtigten | |
| entgegenstehen (z.B. Ableben, Aufenthaltswechsel), unverzüglich dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises mitzuteilen. Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge der gewährenden Stelle zurück zu zahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, mit Wirkung auch gegenüber meiner Erben, überzahlte Beträge dem Fachdienst Soziales des Salzlandkreises zurück zu zahlen. | |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Ort, Datum | Unterschrift Fremdkontoinhaber |