



1. Persönliche Angaben des Antragstellers

Familienname		Geburtsname (falls abweichend)		Vorname		Geburtsdatum	
Familienstand	Anschrift				Telefon		

bei Minderjährigen oder gerichtlich angeordneter Betreuung (bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen)

Name des Betreuers		Anschrift		Telefon	
--------------------	--	-----------	--	---------	--

2. Art der Behinderung

Es besteht folgende Behinderung (Krankheit usw.):	
Folgen der Behinderung (zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> auf ständige Benutzung eines Rollstuhles angewiesen (ggf. bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> aus gesundheitlichen Gründen ist es nicht möglich, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen	
Gründe: _____ _____	
Könnten Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen, wenn Ihnen jemand helfen würde?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	

3. Schwerbehindertenausweis (bitte den Ausweis oder eine Fotokopie beifügen)

Inhaber eines Schwerbehindertenausweises	ausgestellt durch Behörde (Versorgungsamt)	gültig bis (Datum)	Grad der Behinderung	Zusatzvermerk (z.B. aG = außergewöhnliche Gehbehinderung)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

4. Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme des Fahrdienstes

a) Für welche Zwecke soll der Fahrdienst in Anspruch genommen werden?	
<input type="checkbox"/> Kinobesuche	<input type="checkbox"/> Einkaufsfahrten
<input type="checkbox"/> Verwandten-/Bekanntensbesuche	<input type="checkbox"/> gesellschaftliche Veranstaltungen
<input type="checkbox"/> _____	
b) Wie oft ist die Inanspruchnahme erforderlich? (40 Einzelfahrten im Jahr; 10 pro Quartal)	

c) In welchem Quartal soll mit der Teilnahme begonnen werden?	

5. vorhandene Kraftfahrzeuge

a) Verfügen Sie über ein KFZ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Steht in Ihrem Haushalt ein KFZ zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Ist eine Benutzung möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Wenn nein, bitte begründen, weshalb nicht:	 _____	

6. Werden Leistungen der Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge oder vergleichbare Leistungen bezogen?

Art der Leistung: _____ von: _____
(bitte aktuellen Leistungsbescheid beifügen!)

7. Ggf. erforderliche Untersuchung

Sind Sie mit einer amtsärztlichen Untersuchung einverstanden, falls zu einer Entscheidung über den Antrag eine Stellungnahme des Amtsarztes erforderlich sein sollte?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Kostenbeiträge

Für den Grundbeitrag werden 40 Fahrscheine ausgegeben. Bei erhöhtem Bedarf können 10 weitere Fahrscheine erworben werden.		
40 Fahrscheine:	120,00 € nicht begünstigter Personenkreis;	80,00 € begünstigter Personenkreis
10 Zusatzfahrscheine:	40,00 € nicht begünstigter Personenkreis;	25,00 € begünstigter Personenkreis

Hinweis:

Der Fahrdienst für Behinderte kann für Fahrten, für die ein anderer Leistungsträger kostenpflichtig ist, nicht in Anspruch genommen werden (z.B. Krankenkasse für Arztfahrten).

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Persönliche Unterschrift des Antragstellers oder
des gerichtlich bestellten Betreuers

Ort, Datum