

Kreis Lippe
Der Landrat
FG 9.4 – Bürger- und Unternehmenservice
32754 Detmold



**Antrag
auf Teilnahme am
Fahrdienst für Behinderte**

1. Persönliche Angaben des Antragstellers

Familiennamen		Geburtsnamen (falls abweichend)		Vorname		Geburtsdatum	
Familienstand		Anschri				Telefon	

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

Name des Betreuers		Anschri		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-/Bekanntebesuche		<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) Verfügt der Antragsteller über ein KFZ?

ja

nein

b) Steht in Ihrem Haushalt ein KFZ zur Verfügung?

ja

nein

- Ist eine Benutzung möglich?

ja

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?

ja

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