

Antrag auf Beförderung von Menschen mit Behinderung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Angaben zur Person

Name		Vorname		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer			Telefonnummer	
PLZ	Ort			
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		Name der Krankenversicherung		
Name und Anschrift Betreuer(in) bzw. Bevollmächtigter				
Zu meinem Haushalt gehören noch folgende Personen				
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Staatsangehörigkeit: _____

Aufenthaltsstatus:

Duldung Aufenthaltsgestattung Aufenthaltserlaubnis Niederlassungserlaubnis

Wohnen Sie in einer Pflegeeinrichtung? Ja Nein

Name, Anschrift der Einrichtung:

Ja, Ich bin im besitz eines Schwerbehindertenausweises mit einem GdB von _____

und dem Merkzeichen: G aG H BI GI TBI B (bitte Kopie beifügen)

Nein, der Antrag wurde gestellt am _____

Nein, eine Schwerbehinderung liegt nicht vor

Auf mich oder eine andere Person meines Haushaltes ist ein PKW zugelassen Ja Nein
wenn ja: KFZ-Halter: _____ Amtl. Kennzeichen: _____

Der vorhandene PKW kann genutzt werden Ja Nein
wenn nein, machen Sie bitte entsprechende Angaben zu den Gründen:

Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist mir möglich Ja Nein
wenn nein, machen Sie bitte entsprechende Angaben zu den Gründen:
(wenn Sie kein Merkzeichen aG haben, legen Sie bitte ein ärztliches Attest bei!)

Einkommen / Vermögen:

Ich beziehe monatlich Leistungen nach dem SGB II (Jobcenter),
SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung) Ja Nein
wenn ja, bitte aktuellen Leistungsbescheid in Kopie beifügen!

Ich beziehe eine monatliche Rente Ja Nein
wenn ja, bitte Rentenbescheid des Vorvorjahres beifügen!

Ich beziehe sonstiges Einkommen Ja Nein
wenn ja, machen Sie entsprechende Angaben und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei!

Ich besitze Vermögen Ja Nein
(Sparbücher, Immobilien, Kapitalerträge, Fonds usw.)
wenn ja, machen Sie bitte entsprechende Angaben und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei!

Geplante Fahrten

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle eine Einschätzung ab, welche Fahrten Sie **im Rahmen der sozialen Teilhabe** innerhalb eines Jahres nach Antragsdatum in Anspruch nehmen möchten:

Ziel der Fahrt (Ort)	Häufigkeit in einem Jahr	Zweck (*)	Kilometer (Hin- und Rückweg)

