

Antrag:

auf Übernahme von Transportkosten für **nicht umsetzbare Rollstuhlfahrer** für Fahrten zu Privatbesuchen, zu Besorgungen des täglichen Lebens, zur Freizeitgestaltung und zur Teilnahme an kulturellen und kirchlichen Veranstaltungen gemäß den Richtlinien über den Spezialbeförderungsdienst im Landkreis Diepholz vom **21.12.2015**.

Persönliche Verhältnisse:

Vor- und Zuname: _____

Geb. am: _____

Wohnort / Straße / Haus-Nr. _____

Tel. Nr. _____

Beruf: _____

Bei obiger Adresse handelt es sich um eine Einrichtung: Ja Nein

Kostenträger für die stationäre Unterbringung: _____

Art der Behinderung: _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

a) Ich muss in einem Rollstuhl transportiert werden:

b) Ich kann ohne fremde Hilfe die Wohnung nicht verlassen:

c) Ich kann Nahverkehrsmittel nicht erreichen oder in Anspruch nehmen:

Erläuterung zu folgenden Fragen bitte auf einem gesonderten Blatt:

1. : Wie wurde der Transport bisher durchgeführt?

2. : Warum kann der Transport auf dieser Art nicht mehr durchgeführt werden?

Nachweise:

Ausweis für Schwerbehinderte mit Merkzeichen „aG“ oder „H“ oder Feststellungsbescheid des zuständigen Versorgungsamtes mit Merkzeichen „aG“ oder „H“ (bitte jeweils Kopie beifügen) **und**

aktuelle ärztliche Bescheinigung, dass die Nutzung eines Fahrzeuges ausschließlich als nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer möglich ist **und**

der Transport in einem Spezialbeförderungsfahrzeug erfolgt. Entsprechende Nachweise der Transportunternehmen sind vorzulegen.

Die beantragte Leistung ist einkommensabhängig:

Es gilt die Einkommensgrenze nach § 85 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Als Grundbetrag wird hierbei der 2,5 fache Satz des jeweils gültigen Regelsatzes zugrunde gelegt.

Personen in stationären Einrichtungen (Heimbewohner), die lediglich über einen mtl. Barbetrag verfügen, sind von der Einkommensgrenze ausgenommen.

Wirtschaftliche Verhältnisse des Antragstellers (bitte Nachweise vorlegen!):

Arbeitseinkommen: _____

Renten: _____

Sonstiges: _____

Miete abzügl. Wohngeld: _____

Familienverhältnisse:

1.) ledig verheiratet verwitwet

2.) Unterhaltspflichtige im Haushalt des Antragstellers lebende Angehörige:

Name, Vorname:	geb. am	mtl. Einkünfte	Verwandtschafts- verhältnis

Erklärung des Antragstellers: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind Sie oder im Haushalt lebende Angehörige im Besitz eines Pkw: **ja** **nein**

Können Sie dieses Fahrzeug selbst steuern? **Ja** **nein**

Wenn ja, wer ist der Halter?

Name, Anschrift:

Ich versichere hiermit, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum und Unterschrift