

Antrag:

Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen in Münster

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

ggf. Name des Heimes _____

Telefon _____

ggf. Handy-Nr. _____

ggf. Fax/E-Mail _____

ggf. Betreuer/Betreuerin _____
(Name, Anschrift, Tel.)

Versand der Fahrscheine an:

- Antragsteller/in

- andere Person, nämlich _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Persönliche Verhältnisse

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis
mit dem Merkzeichen „aG“.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meinem
Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen, Gültigkeits-
dauer) direkt von der Fachstelle Schwerbehindertenaus-
weise im Sozialamt angefordert werden (eine Kopie des
Ausweises wird dann nicht benötigt).

oder

Eine Kopie meines Schwerbehindertenausweises ist
diesem Antrag beigelegt.

Aufgrund meiner Behinderung bin ich auf einen Rollstuhl angewiesen.

Ich bin nicht auf einen Rollstuhl angewiesen, aber aufgrund der Art und Schwere meiner körperlichen Behinderung erheblich in meiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt.

Ich bin nicht in der Lage, allein den Öffentlichen Personennahverkehr (Bus und Bahn) zu nutzen.

Auf meinen Namen ist ein PKW zugelassen. ja
nein

Ich habe einen erhöhten Bedarf an Fahrten und beantrage daher 6 Zusatzfahrtscheine monatlich.

Begründung:

2. Angaben zu Sozialleistungen

Ich beziehe Leistungen vom Sozialamt der Stadt Münster: * ja
nein

Aktenzeichen oder Name des Sachbearbeiters/der Sachbearbeiterin: _____

Ich beziehe Leistungen vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)* ja
nein

Aktenzeichen oder Name des Sachbearbeiters/der Sachbearbeiterin: _____

Ich beziehe Leistungen von einem anderen Sozialamt* ja
nein

Name des anderen Sozialamtes und Aktenzeichen:

* Angaben für eventuelle Erstattungsansprüche gegenüber anderen Trägern erforderlich

3. Angaben für die Durchführung der Fahrten

Ich benutze einen Elektrorollstuhl.

Ich benötige Hilfe, um meine Wohnung verlassen zu können, (z.B. für die Überwindung von Treppen).

Hilfsmittel (mobile Rampe, Treppenlift o. a.)
vorhanden

kein Hilfsmittel vorhanden

Ich muss während der Fahrt nicht im Rollstuhl sitzen, sondern es ist mir möglich, mich umzusetzen, so dass ich auch mit einem Taxi gefahren werden kann.

4. Erklärung:

Das Informationsblatt über den Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen (z. B. Umzug oder Anmeldung eines PKW), die sich auf die Leistung auswirken, sofort mitzuteilen.

Ich weiß, dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt dem Arbeiter-Samariter-Bund meinen Namen, meine Adresse und meine Telefonnummer, ggf. auch Handy-Nr. und Fax-Nr. übermittelt.

Unterschrift, Datum