

91511 Ansbach



**Sozialleistungen für  
 Aktenzeichen/Aktennummer**

<b>Persönliche Angaben</b>	<b>Antragsteller/in</b>			<b>Nicht getrennt lebende Lebenspartner, minderjährige Kinder und/oder Eltern die im Haushalt leben</b>		
Familienname:	.....			.....		
Vorname:	.....			.....		
<input type="checkbox"/> männlich ♂ <input type="checkbox"/> weiblich ♀	.....			.....		
Verwandtschaftsverhältnis:	-----			.....		
Geburtsdatum:	.....			.....		
Geburtsort:	.....			.....		
Staatsangehörigkeit:	.....			.....		
Familienstand:	.....			.....		
Anschrift:	.....					
Heimunterbringung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Kostenträger: .....					
Wohnort vor der Heimunterbringung?	.....					
Telefon:	.....					
<b>Wirtschaftl. Verhältnisse</b> (Bitte Nachweise beifügen!)	<b>Antragsteller/in</b>			<b>Nicht getrennt lebende Lebenspartner, minderjährige Kinder und/oder Eltern die im Haushalt leben</b>		
Arbeitseinkommen (netto)	.....			.....		
(z. B. Rente, Erwerbseinkommen, Pension, Miet-/Pachteinnahmen usw.)	.....			.....		
Erhalten Sie Leistungen vom Versorgungsamt (z. B. BVG - Rente (Bundesversorgungsgesetz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Sparguthaben:	.....			.....		
Sonstige Vermögenswerte: (Lebens- u. Sterbegeldversicherungen ,Aktien, etc.)	.....			.....		
Grund- u. Hausbesitz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert: .....€		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert: .....€		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrswert: .....€	
selbstbewohnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte abgegeben / verschenkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:.....		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:.....		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art:.....	

Wurde für den Antragsteller eine **Betreuung** verfügt oder beantragt bzw. besteht eine **Vollmacht**?

ja       nein

falls ja, Name und Anschrift des Betreuers / Bevollmächtigten:  
 .....  
 .....  
**(Kopie des Betreuerausweises bitte vorlegen)**

**Für welche Zwecke benötigen Sie den Behindertenfahrdienst?**  
 .....  
 .....

**Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?**     ja     nein (wenn nein; bitte ärztliches Attest beifügen)

- gültig bis .....

- Merkzeichen:     B     G     H     RF     aG     BI     GI      Rollstuhl?  ja     nein

- Grad der Behinderung (GdB): .....

Sind Sie im Besitz einer Wertmarke zur kostenlosen Beförderung im öffentl. Personennahverkehr?  ja     nein

**(Kopie des Ausweises und des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes bitte beilegen)**

**Sind Sie in der Lage öffentliche Verkehrsmittel in erforderlichem Umfang zu benutzen?**

ja       nein

wenn **nein**, bitte Gründe anführen: .....

.....

**Benötigen Sie ein Spezialfahrzeug (rollstuhlgerecht)?**

ja       nein

wenn **ja**, bitte Gründe anführen: .....

.....

**Ist im Haushalt ein Kraftfahrzeug vorhanden?**     ja     nein

wenn ja:

wurde das Kraftfahrzeug öffentlich bezuschusst?                             ja       nein

Kann das Kraftfahrzeug in erforderlichem Umfang benutzt werden?                             ja       nein

wenn **nein**, bitte Gründe anführen:  
 .....

**Welche Leistungsalternative (Einzelfahrten oder Kilometerpauschale) wählen Sie?**

Ich wähle als Leistung:

**Einzelfahrten**    **oder**     **Kilometerpauschale**

(120 Einzelfahrten pro    (1.500 Kilometer für Bewohner einer kreisfreien Stadt

Bewilligungsjahr; max. 50 Km/ Fahrt)    2.400 Kilometer für Bewohner eines Landkreises

**Mir ist bekannt, dass ein Wechsel zwischen den beiden Leistungsalternativen nur zu Beginn eines neuen Bewilligungszeitraums möglich ist.**

**Ich versichere ausdrücklich, dass alle vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.**

Falsche oder unvollständige Angaben können strafbar sein und zur Rückforderung geleisteter Hilfen, auch gegenüber eventueller Erben führen. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, auch meiner nicht getrennt lebenden Lebenspartner und im Haushalt lebender Eltern und Kinder, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen (§ 60 SGB I). Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfeförderung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen.