

Antragsteller/in

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort

Märkischer Kreis
Fachdienst Soziales
Bismarckstraße 17
58762 Altena

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Inanspruchnahme von Behindertenfahrdiensten im Märkischen Kreis für das Jahr 2024

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis mit folgenden Vermerken:

G aG H B Bl kriegsbeschädigt

gültig bis _____

(Bei Erstanträgen oder Änderungen bitte eine Kopie des Ausweises beifügen.)

Auf meinen Namen ist ein Kraftfahrzeug zugelassen ja nein

Ich wohne in einer Pflegeeinrichtung oder in einer besonderen Wohnform
(bis 2019 Einrichtung der Behindertenhilfe/Wohnheim) ja nein

Ich erhalte andere Leistungen der Eingliederungshilfe
(z. B. Ambulant betreutes Wohnen, Beschäftigung in einer WfbM)
(Den Bewilligungsbescheid bitte in Kopie beifügen) ja nein

Ich bekomme Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung bzw. Hilfe zur Pflege
im Heim oder ähnliche existenzsichernde Leistungen
(Den Bewilligungsbescheid bitte in Kopie beifügen) ja nein

Meine monatlichen Einnahmen im Jahr 2022 waren höher als 2.121,00 Euro brutto ja nein
falls ja, bitte Betrag angeben: _____ Euro

Ich lebe mit meinem Ehe- oder Lebenspartner/meiner Ehe- oder Lebenspartnerin
in einem Haushalt ja nein

Mein Barvermögen ist niedriger als 63.630,00 Euro ja nein

Ich habe größere andere Vermögenswerte (z. B. nicht selbst genutzte Immobilien) ja nein

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben dazu führen können, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden können.

Informationen zum Datenschutz und meinen damit verbundenen Rechten kann ich der Internetseite <https://www.maerkischer-kreis.de/der-kreis/Info-Artikel13-DSGVO.php> entnehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ausweisdaten beim Fachdienst Schwerbehindertenrecht geprüft werden.

Datum

Unterschrift; bei Bevollmächtigten bitte Vollmacht beifügen