



ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER MOBILITÄTSZUWENDUNG für das Kalenderjahr _____

Landkreis Märkisch-Oderland
Sozialamt
FD Eingliederungshilfe und Pflege
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Eingangsstempel:
AZ.: 50.6/ _____

1. Persönliche Verhältnisse:	Antragsteller/ in
Familienname: (ggf. Geburtsname angeben)	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (Wohnstätte)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Wenn ja:</u> seit/bis wann: _____
Telefon (freiwillige Angabe):	
Emailadresse (freiwillige Angabe):	

2. Wurde für Sie eine gerichtliche Betreuung eingerrichtet? (Betreuerausweiskopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Wenn ja:</u> bitte Name und Anschrift Ihres Betreuers angeben:
---	---

3. Art der Behinderung/ Beeinträchtigung:	
3.1. Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises ? (Ausweiskopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Gültig bis: _____ Grad der Behinderung: _____ % Merkzeichen: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> GI
3.2. Besitzen Sie einen von der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger bezuschussten Rollstuhl? (Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.3. Gibt es noch andere Behinderungsgründe die es Ihnen nicht ermöglichen öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen?	

4. Bankverbindung:	Konto-Inhaber: _____ Kreditinstitut: _____ IBAN: _____ BIC: _____
---------------------------	--

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Erklärung des Antragstellers/ der Antragstellerin

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und deswegen nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Mobilitätswendung vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Das Merkblatt zur Mobilitätswendung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort , Datum	Unterschrift Antragsteller/in oder des gesetzlichen Vertreters

Merkblatt zum Antrag auf Gewährung einer Mobilitätswendung im Landkreis Märkisch-Oderland

1. Was ist eine Mobilitätswendung?

Die Mobilitätswendung soll den Personen, die auf Grund ihrer Behinderung den ÖPNV im Landkreis Märkisch-Oderland nicht in Anspruch nehmen können, helfen, die Begegnung und den Umgang mit nichtbehinderten Menschen zu fördern und den Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen zu unterstützen.

2. Wer erhält eine Mobilitätswendung?

Anspruchsberechtigt sind:

- Personen die außergewöhnlich gehbehindert sind, die daher wegen der Schwere ihrer Behinderung keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen können und das Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis anerkannt bekommen haben.
- Personen, die einen von der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger bezuschussten Rollstuhl besitzen und dauerhaft auf dessen Nutzung angewiesen sind (Bewilligungsbescheid ist vorzulegen).
- Personen, denen es aus anderen Behinderungsgründen (z.B. Klaustrophobie, Harn- und Stuhlinkontinenz oder auf Grund des äußeren Erscheinungsbildes) nicht zuzumuten ist, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. In diesem Fall muss eine amtsärztliche Stellungnahme dies bestätigen.

Ausgenommen sind:

- Personen, die in einer stationären Einrichtung der Alten- oder Behindertenhilfe leben.

3. Wie hoch ist die Mobilitätswendung?

Die Mobilitätswendung beträgt für ein Kalenderjahr 288,00 €.

Die Auszahlung erfolgt monatlich, ab dem Monat der Antragstellung zu je 24,00 € auf das Konto des Antragstellers.

4. Wie bekomme ich die Mobilitätswendung?

Die Mobilitätswendung ist jährlich beim Sozialamt des Landkreis Märkisch-Oderland zu beantragen. Antragsformulare liegen im Sozialamt aus oder können schriftlich bzw. telefonisch angefordert werden. Formulare finden Sie auch unter http://maerkisch-oderland.de/cms/front_content.php?idart=575

Landkreis Märkisch-Oderland
Sozialamt
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Ansprechpartner: Frau Meyer
Telefon-Nr.: 033 46/ 850-6542
Fax-Nr.: 033 46/ 850-6509