

**Antrag auf Kostenübernahme für die Inanspruchnahme von  
Behindertenfahrdiensten im Märkischen Kreis für das Jahr 20\_\_**

Märkischer Kreis  
Fachdienst Soziales

**Kreishaus II Altena**

Bismarckstraße 17  
58762 Altena

**Antragsteller/in**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort

Ich habe einen

Schwerbehindertenausweis

Schwerbeschädigtenausweis

Schwerkriegsbeschädigtenausweis

Eine Kopie des Ausweises ist beigelegt

Der Ausweis trägt folgende Vermerke

G          aG          H

B          BI

gültig bis:

Auf meinen Namen ist ein Kraftfahrzeug zugelassen

ja                          nein

Ich wohne in einem Heim

ja                          nein

Ich bekomme Hilfe zum Lebensunterhalt/  
Grundsicherungsleistungen bzw. Hilfe zur Pflege im Heim

ja                          nein

Ich erhalte Leistungen des ambulant betreuten Wohnens

ja                          nein

Kostenträger meiner Heimpflegekosten / des ambulanten betreuten Wohnens ist:	Aktenzeichen:
--	---------------

Eine Kopie des Bescheides über die Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherungsleistungen ist beigelegt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ausweisdaten beim Fachdienst Schwerbehindertenrecht geprüft werden.  
Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Die Verarbeitung der anzugebenden personenbezogenen Daten im Sinne des § 1 Bundesdatenschutzgesetz  
sowie künftiger Änderungen dieser Daten ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift; bei Bevollmächtigten bitte Vollmacht beifügen