Bitte den Antrag und alle Anlagen **nicht klammern oder kleben.**

BEZIRK OBERFRANKEN

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Antrag auf Gewährung von Mobilitätshilfe (Fahrdienst für Menschen mit Behinderung)

Persönliche Angaben der leistungsberechtigten Person

Aktenzeichen (soweit bekannt)			
Vor- und Nachname			
Geburtsdatum			
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers		
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon (freiwillige Angabe)			
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere:		Passkopie und ggf. Elektronischen Aufenthaltstitel bitte beifügen[1]
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ verwitwet		
Sind Sie Geschädigte/r eines Unfalls?[2]	☐ ja ☐ nein		
Hat die leistungsberechtige Person oder Angehörige Schädigungen erlitten bzw. sind Angehörige verstorben? [2]	☐ ja, durch Kriegseinwirkung ☐ ja, im militärischen Dienst der Bundeswehr ☐ ja, bei Ausübung des Zivildienstes		☐ nein
Bezieht die leistungsberechtigte Person bereits Leistungen vom Bezirk Oberfranken?	☐ ja und zwar:		☐ nein

Angaben zur Behinderung

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?[1]	☐ ja (bitte Kopie beifügen) ☐ nein
Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen?	☐ ja ☐ nein
Wird ein Spezialfahrzeug benötigt?	☐ ja ☐ nein

[1] Nicht relevante Daten wie Größe oder Augenfarbe können abgedeckt oder auf der Kopie geschwärzt werden.
[2] Die erhobenen Gesundheitsdaten werden zur Prüfung vorrangiger Leistungsansprüche ggf. an Dritte weitergegeben. Siehe hierzu Hinweise Seite 6 und 7.

Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung

Betreuung (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)	☐ ja ☐ nein
Bevollmächtigung (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)	☐ ja ☐ nein
Vor- und Nachname	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Zuständiges Amtsgericht	
Telefon (freiwillige Angabe)	
Fax (freiwillige Angabe)	
E-Mail (freiwillige Angabe)	

Angaben zum Einkommen

Einkommensart[3] (alle Einkünfte sind anzugeben und zu belegen)		Bruttobetrag aus dem Vorvorjahr	Bruttobetrag aus dem laufenden Jahr
Arbeit und Gewerbe			
Land- und Forstwirtschaft			
Renten / Pensionen			
Kindergeld / Kinderzuschuss			
Miet- und Pachteinnahmen			
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)			
Wohngeld			
Leistungen des Lastenausgleichs			
Renten nach Bundesversorgungsgesetz (z. B. Grundrente, Augleichsrente, Bundes- oder Opferentschädigungsgesetz)			
Werkstatteinkommen			
Arbeitslosengeld / Bürgergeld			
HLU / Grundsicherung			
Sonstiges (siehe [3])			
Sonstiges (siehe [3])			
Sonstiges (siehe [3])			
Sonstiges (siehe [3])			
Sonstiges (siehe [3])			

[3] **Beispielhafte Einkommensarten**

Arbeitnehmertätigkeit	Familiengeld	Mieteinnahmen	Unfallrente (…%)
Arbeitslosengeld I	Grundsicherung	Pachteinnahmen	Unterhalt
BAFöG	Hilfe zum Lebensunterhalt	Rente aus privater Versicherung	Wohngeld
Berufsausbildungsbeihilfe	Kindergeld	Selbständige Tätigkeit	Zinsen
Blindengeld	Krankengeld	Überbrückungsgeld	
Bürgergeld	Landespflegegeld	Übergangsgeld	

Angaben zum Vermögen (Belege sind beizufügen)

Bargeld	☐ ja, in Höhe von		☐ nein
Spar- und Bankguthaben (bitte lückenlose Kontoauszüge der **letzten drei Monate** für sämtliche Konten in Kopie beifügen[4])		☐ ja ☐ nein	
Bankinstitut			
IBAN			
Kontostand			
Bankinstitut			
IBAN			
Kontostand			
Bankinstitut			
IBAN			
Kontostand			
Guthaben bei Online Zahlungsdienstleistern (z. B. Paypal)			
Wertpapiere, Aktien, Fondsanteile	☐ ja (Nachweis beifügen)		☐ nein
Selbstbewohnte Eigentumswohung oder selbstbewohntes Haus		☐ ja ☐ nein	
Weiteres Immobilien- oder Grundvermögen	☐ ja	Art der Immobilie oder des Grundvermögens (z. B. Wohnhaus/Eigentumswohnung)	
		Straße, Hausnummer	
		PLZ, Ort	
	☐ nein		
Vertragliche Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege durch Übergabevertrag)		☐ ja ☐ nein	
Sonstiges Vermögen (z. B. Lebensversicherung, Bausparvertrag, Münzen, etc.) **im Falle der Lebensversicherung oder des Bausparvertrages bitte einen Nachweis über den aktuellen Rückkaufswert bzw. die Jahresbescheinigung des Bausparvertrages beifügen**	☐ ja	Art	
	☐ nein		
Sonstige Altersvorsorgeverträge (z. B. Riesterrente) **bitte Nachweis beifügen**	☐ ja	Art	
	☐ nein		

Angaben zu Erb- und Pflichtteilsansprüchen

Bestehen Erbansprüche?	☐ ja	☐ nein	
Bestehen Pflichtteilsansprüche?	☐ ja, Art des Anspruchs: (Bitte Unterlagen u.a. Erbschein, Testament, Nachlassverzeichnis in Kopie beifügen!)		
		Höhe	
	☐ nein		

Angaben zum Erblasser

Vor- und Nachname	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Todestag	
Todesort	

Angaben zur Gewährung von Mobilitätsleistungen

☐ Ich beantrage eine **pauschale** Mobilitätshilfe in Form eines Grundbetrags in Höhe von 50 € monatlich.
(Belege sind nur auf Verlangen vorzulegen)

☐ Ich beantrage eine **individuelle** Mobilitätshilfe bis zur Höhe von monatlich 200 € als Vorauszahlung.
Die Höhe des bewilligten Betrages wird individuell berechnet. Ein monatlicher Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung ist hier erforderlich!

☐ Ich beantrage eine **individuelle** Mobilitätshilfe mit einem gekürzten Betrag in Höhe von _____ €.
(Ein evtl. entstandener Differenzbetrag wird am Ende des Bewilliungszeitraums nachbezahlt.)

☐ Ich beantrage die Erhöhung der individuellen Mobilitätshilfe aufgrund besonderer Umstände (z. B. Einsatz eines Spezialfahrzeugs). Bitte begründen Sie den erhöhten Bedarf:

☐ Sonstiges (bei Wohnsitz außerhalb Oberfrankens): Alternative der vor Ort geltenden Richtlinie:

☐ Die Mobilitätshilfe soll monatlich im Voraus auf mein eigenes Girokonto ausgezahlt werden.

☐ Die Mobilitätshilfe soll in Form einer Individualregelung gewährt werden (z. B. Direktüberweisung an den Leistungsberechtigten nach Vorlage der Belege)

Ergänzende Fragen zur Hilfegewährung

Aus welchen behinderungsspezifischen Gründen ist es Ihnen nicht möglich und zumutbar, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? Bitte **konkrete** Beschreibung

Besitzen Sie, Ihre nicht getrenntlebende Ehegattin oder Ihr nicht getrenntlebender Ehegatte, Ihre Lebenspartnerin oder Ihr Lebenspartner oder bei Minderjährigen ein Elternteil oder eine sonst sorgeberechtigte Person ein geeignetes Kraftfahrzeug oder steht Ihnen oder den genannten Personen ein geeignetes Kraftfahrzeug zur Verfügung?

☐ ja ☐ nein

Ist ein durch öffentliche Mittel geförderter, bezuschusster oder von der Kfz-Steuer befreiter PKW auf den Namen der leistungsberechtigten Person gemeldet?
☐ ja (bitte Nachweis beifügen) ☐ nein
Zu welchem Zweck und Anlass beabsichtigen Sie, den Fahrdienst für behinderte Menschen in Anspruch zu nehmen?
Sofern Sie Bewohner einer Einrichtung (besondere Wohnform, Internat, Alten- oder Pflegeheim etc.) sind:
Verfügt die Einrichtung über ein Fahrzeug, mit welchem die Fahrt(en) durchgeführt werden könnte?
☐ ja ☐ nein
Sofern die Fahrt(en) durch Privatpersonen erfolgen soll, bitte Angaben der betreffenden Person nennen:

Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon (freiwillige Angabe)	

Angaben zur Bankverbindung

(Der monatliche Mobilitätshilfebetrag soll auf folgende Bankverbindung überwiesen werden)

Kontoinhaber/in	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	

Erklärungen des (der) Antragsteller(in)

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Bezirk Oberfranken übergeleitet werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (insbesondere Auslandsaufenthalte) unverzüglich und unaufgefordert dem Bezirk Oberfranken mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Prüfung des Antrages auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und Zwölftes Buch (SGB XII), bzw. Bundesversorgungsgesetz (BVG) die hierfür relevanten (Antrags-) Unterlagen dem Träger der Hilfe weitergeleitet werden dürfen.[4]

Zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabeplankonferenz Sozialdaten verarbeitet werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabeplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabeplankonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).[4]

Im Falle meiner Heimunterbringung/Unterbringung in einer besonderen Wohnform bin ich damit einverstanden, dass mir die Heimverwaltung/der Träger der besonderen Wohnform in allen Fragen der Leistungsgewährung behilflich ist. Insofern kann sich der Bezirk Oberfranken auch direkt mit der Heimverwaltung/dem Träger der besonderen Wohnform in Verbindung setzen, um Daten bei mir erheben zu lassen (z. B. Höhe des Verwahrgeldes).[4]

Meine Angaben können ggf. durch einen Kontoabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i. V. m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden.
Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFürsV erteilt.

Hinweise

Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger/in einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

Mir ist bekannt, dass die Mobilitätshilfe ausschließlich zur Finanzierung von Fahrtkosten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für mich bzw. für meine Betreute/meinen Betreuten verwendet werden darf.

Die Mobilitätshilfe kann daher z. B. für folgende Fahrten nicht genutzt werden:

- Fahrten zum Arzt oder zu therapeutischen Maßnahmen
- Fahrten zum Arbeitsplatz, Ausbildungsstätte, Werkstatt für behinderte Menschen
- Fahrten zu teilstationären Einrichtungen (z. B. Tagespflege)

Ort, Datum _____

Unterschrift der leistungsberechtigten Person bzw. des Betreuers _____

[4] Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Verweigerung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die beantragten oder bereits bewilligten Sozialleistungen wegen fehlender Mitwirkung versagt oder entzogen werden können (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB I, § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Hinweise gemäß Art. 13, 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlicher gemäß § 67 Abs. 4 SGB X
Sozialverwaltung des Bezirks Oberfranken
Cottenbacher Straße 23
95445 Bayreuth
E-Mail: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. a), c) und e), Abs. 2 und 3, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO.
Ihre Daten können vom Bezirk Oberfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.
Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 17 DSGVO, § 84 SGB X) für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Oberfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Die Datenschutzbeauftragte des Bezirks Oberfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0921 7846-3400 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de).