

# Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Mobilität im Rahmen der sozialen Teilhabe

## I. Angaben zur Person:

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
|                                       | <b>Leistungsberechtigte/r antragstellende Person</b>   |  | <b>Ehegatte/Lebenspartner; bei minderjähriger Person siehe II.</b> |
| <b>Name, Vorname:</b>                 |  |  |  |
| <b>Geburtsdatum:</b>                  |  |  |  |
| <b>Anschrift:</b>                     | ;  |  |  |
| <b>Familienstand:</b>                 | <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lbd. <input type="checkbox"/> gesch. | <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lbd. <input type="checkbox"/> gesch. |  |
| <b>Staatsangehörigkeit:</b>           |  |  |  |
| <b>Kriegsversehrt:</b>                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |
| <b>In einem Heim untergebracht:</b>   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <b>Kostenträger:</b>   |  |
| <b>Wohnort vor Heimunterbringung:</b> |  |  |  |
| <b>Betreuung:</b>                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Betreuungsgericht u. Aktenzeichen (Betreuerausweis bitte beifügen):  |  |
| <b>Bevollmächtigung:</b>              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | Name und Anschrift des Bevollm. (Vollmacht bitte beifügen):  |  |

## II. Bei Minderjährigen / im Haushalt lebende Eltern (o. Elternteil) sowie weitere im Haushalt lebende Personen:

| Name, Vorname: | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis zu I.: |
|----------------|--------------|----------------------------------|
|                |              |                                  |
|                |              |                                  |
|                |              |                                  |
|                |              |                                  |

## III. Angaben zu den Einkünften der unter I. und II. aufgeführten Personen<sup>1</sup>

(bitte Nachweise und zusätzlich die letzten beiden Einkommenssteuerbescheide vorlegen):

| Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG, Renten<br>(Bitte alle Einkünfte angeben!) | mtl. Betrag in EUR |
|---|--------------------|
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |
|   |                    |

## IV. Angaben zu den Vermögensverhältnissen (bitte Nachweise vorlegen):

a) **Grundstückseigentum vorhanden:**       ja (weitere Angaben siehe unten)       nein

<sup>1</sup> Angaben zum Ehegatten werden nicht benötigt, soweit für Volljährige (§ 136 Abs.1 SGB IX) **ausschließlich** Leistungen zur Mobilität im Rahmen der sozialen Teilhabe beantragt werden.

Bei vorhandenem Grundbesitz (auch Miteigentum):

- selbst bewohntes Hausgrundstück (weitere Angaben sind nicht erforderlich)
- nicht selbst bewohntes Hausgrundstück
- sonstige Grundstücke

|   | Hausgrundstück | Sonstige Grundstücke |
|---|----------------|----------------------|
| Anschrift bzw. Grundbuch<br>Gemarkung/Flurstücknummer |                |                      |
| Einheitswert<br>oder Verkehrswert                     |                |                      |
| Eigentumsanteil                                       |                |                      |

Sonstige zusätzliche Angaben:

---



---



---



---

**b) Bank- und Sparguthaben, kapitalbindende Lebensversicherung, etc.**

ja

nein

| Konto  | Vertrags-Nr. | Kontoinhaber | jetziger Kontostand (EUR) |
|--|--------------|--------------|---------------------------|
| Girokonto  |              |              |                           |
| Sparbuch   |              |              |                           |
| Sparbuch   |              |              |                           |
| Sparkassenbrief                                    |              |              |                           |
| Bundesschatzbrief                                  |              |              |                           |
| Wertpapierdepot                                    |              |              |                           |
| Ratensparvertrag                                   |              |              |                           |
| Prämiensparvertrag                                 |              |              |                           |
| Bausparvertrag<br>(letzter Jahresauszug liegt bei) |              |              |                           |
| Lebensversicherung                                 |              |              |                           |
|  |              |              |                           |

**V. Angaben zum Schwerbehindertenausweis und Kraftfahrzeug**

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

ja

nein (bitte ärztliches Attest vorlegen)

Gültig bis .....

Merkzeichen: B G H RF aG BI GI TBI Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_  
(Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Feststellungsbescheides des ZBFS bitte beilegen)

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

ja  nein

Ist im Haushalt ein Kraftfahrzeug vorhanden?

ja  nein

Wird ein Spezialfahrzeug benötigt (z.B. Rollstuhl nicht faltbar)?

ja  nein

Wenn ja, bitte begründen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VI. Auszahlung von Leistungen

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Kontoinhaber</b>  |  |
| <b>Name der Bank</b> |  |
| <b>IBAN</b>          |  |
| <b>BIC</b>           |  |

## – Erklärungen:

### **Richtigkeit der Angaben:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

### **Mitwirkungspflichten:**

Mir ist bekannt, dass ohne die in diesem Antragsformular geforderten Angaben über die notwendige Hilfeleistung nicht entschieden werden kann. Ich bin darüber unterrichtet, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (z. B. Krankenhausaufenthalt) unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

### **Ermächtigungen – Datenschutz:**

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfeleistung erforderlich - die gerichtliche Betreuungsakte und Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten oder beantragt habe oder erhalte. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und das letztbehandelnde Krankenhaus von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

### **Hinweis gem. Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) – Grundinformationen:**

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO: Bezirk Unterfranken, Silcherstraße 5, 97074 Würzburg, Tel.: 0931/7959-0, E-Mail: [sozialverwaltung@bezirk-unterfranken.de](mailto:sozialverwaltung@bezirk-unterfranken.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 c), Abs. 2 und 3 DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Unterfranken 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 (§§ 143 ff. SGB IX).

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

Weitergehende Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie auf der Homepage des Bezirks Unterfranken (<https://www.bezirk-unterfranken.de/hilfen/sozialhilfe/53.Sozialhilfe.html>). Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Sie können sich auch an den Datenschutzbeauftragten der Bezirksverwaltung des Bezirks Unterfranken wenden, den Sie unter folgender Telefonnummer: 0931/7959-1625 oder über folgende E-Mail-Adresse: [datenschutzbv@bezirk-unterfranken.de](mailto:datenschutzbv@bezirk-unterfranken.de) erreichen.

### **Geltendmachung von Ansprüchen:**

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich den Träger der Hilfe unverzüglich informieren.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in  
bzw. gesetzlicher Vertreter/Bevollm.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner