

An das

**Landratsamt Esslingen
Amt für besondere Hilfen - SG 332
73726 Esslingen am Neckar**

Füllen Sie bitte diesen Antrag vollständig und gut lesbar aus und senden Sie diesen unterschrieben an unser Amt! Fügen Sie bitte alle Nachweise zu Ihren Angaben bei!

**Antrag auf Teilnahme am Fahrdienst für Menschen mit erheblicher Mobilitätseinschränkung
im Landkreis Esslingen (Mobilitätshilfe)**

AZ: SG 332 –

1. Angabe zur Person der/*/s Antragstellerin/*/s:

Name	Vorname	geboren am
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon / mobil / @-mail	Familienstand	

Anschrift der/*/s Bevollmächtigten/Vertreters/*/in:

Name	Vorname	Telefon / mobil
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

2. Haben Sie einen gültigen Schwerbehindertenausweis

➤ mit dem Merkzeichen „aG“ (1. Anspruchsalternative)

oder

➤ mit den Merkzeichen „G“ und „H“ und ist Ihnen wegen der Schwere oder der Art Ihrer Behinderung die Nutzung öffentlicher Nahverkehrsmittel nicht möglich? (2. Anspruchsalternative: diese erfordert eine ärztlich begründete Befundbeschreibung, warum eine solche Nutzung nicht möglich ist)

nein ⇨ die Voraussetzungen für die Mobilitätshilfe liegen nicht vor. **Ein Antrag wird abgelehnt.**

ja, Ausweis-Geschäftszeichen: _____ ⇨ **beantworten Sie bitte die folgenden Fragen 3 bis 6**

3. Welche Personen leben mit Ihnen in einer Haushaltsgemeinschaft?

Name	Vorname	Geburtstag	Familienstand: (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet.)	Verhältnis zum/r Antragsteller/in z.B.: Ehe- oder Lebens-/Partner, Kind, Elternteil, ...	Erwerbssituation: z.B.: berufstätig, selb- ständig, Rentner, arbeits-, erwerbslos, Kind, Schüler, Student

(weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft sind auf einem gesonderten Blatt formlos anzugeben)

4. Wird auf ein Kraftfahrzeug im gemeinsamen Haushalt aufgrund der Behinderung des Antragsberechtigten eine KfZ-Steuerermäßigung oder -befreiung beansprucht?

ja, zugelassen für _____
Name, Vorname des Fahrzeughalters

nein

Antragsteller/*/in hat einen Führerschein

5. Der/*/Die Antragsteller/*/in wohnt in einem Alten-, Pflege- oder Behindertenwohnheim.

Kosten dieser Unterbringung werden getragen von

folgender Pflegekasse/Stelle/Behörde/Versicherung: _____

Kostenanteil der/*/s Antragsteller/*/in hierfür mtl. _____ €
(bitte Nachweise beifügen)

6. Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Maßgebend für Leistungsbewilligung im Jahr 2020 ist nach § 135 SGB IX das Einkommen von **2018**.

Es sind

➤ **die Einkommensteuerbescheide für 2018**

und

➤ **Mitteilungen über die Rentenhöhe für 2018**

aller* im gemeinsamen Haushalt lebender Personen für das Jahr 2018 vorzulegen.

* im gemeinsamen Haushalt lebende/n

- Ehe- bzw. Lebenspartner/*/in,
- Eltern (bei Minderjährigen),
- alle minderjährige
- gegenüber dem Antragsteller unterhaltsberechtigter Kinder

Weicht das Einkommen im Bewilligungszeitraum 2020 erheblich von den Einkünften im Jahr 2018 ab, ist die Einkommensabweichung mitzuteilen und zu belegen und der Grund der Abweichung zu erklären.

Nach § 2 Abs. 2 Einkommenssteuergesetz (EStG) sind Einkünfte

- bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k und 13a),
- bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 bis 9a).

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für besondere Hilfen von allen Stellen, die meine Angaben bestätigen können (Finanz-, Gemeinde- Kreis- und Stadtverwaltung, Sozialleistungsträger, ggf. für mich zuständige ausländische Vertretung), Auskünfte zur Klärung meiner Einkommensverhältnisse erheben darf, soweit diese für die Bewilligung der Teilnahme am Fahrdienst für Menschen mit erheblicher Mobilitätseinschränkung benötigt werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift