

**Bezirk Schwaben
Sozialverwaltung
86147 Augsburg**



Az: (bitte bei Antwort angeben)

Antrag auf Leistungen zur Mobilität: Beförderungsleistungen

Bitte für alle Angaben Nachweise beilegen und Nichtzutreffendes streichen.

Persönliche Angaben	Antragstellerin/ Antragsteller
Name (ggf. auch Geburtsname)	
Vorname(n)	
PLZ, Wohnort	
Straße, Nr.	
Derzeitiger Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort während der letzten 2 Monate (nicht polizeiliche Meldung)	
Wann, woher und aus welchem Grund während der letzten 12 Monaten hier zugezogen?	
Telefon	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit(en)	
Aufenthaltsstatus (wenn Staatsangehörigkeit nicht Deutsch) Bescheinigung über Aufenthaltsstatus bitte beifügen.	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> LP aufgehoben <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste LP
Wurde für den Antragsteller eine Betreuung verfügt oder beantragt? Amtsgericht, Name und Anschrift des Betreuers: Betreuerausweis bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn „ja“, bitte Fotokopie beifügen. Wenn „Nein“, bitte ärztliches Attest über die Art der Behinderung beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ursache der Behinderung (z.B. angeborene Behinderung, Impfschaden, Berufskrankheit, usw.)		
Sind Sie Geschädigter eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Können Sie öffentliche Verkehrsmittel nutzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie Rollstuhlfahrer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Können Sie aufgrund Ihrer Behinderung nur im Rollstuhl sitzend befördert werden und sind daher auf ein Spezialfahrzeug angewiesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben der Antragsteller oder Angehörige des Antragstellers Schädigungen erlitten bzw. sind Angehörige verstorben - durch Kriegseinwirkung, - im militärischen Dienst der Bundeswehr oder - bei Ausübung des Zivildienstes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist in der Haushaltsgemeinschaft ein KFZ vorhanden oder ist ein KFZ auf den Antragsteller angemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kann das Kfz vom Antragsteller selbst gefahren werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist das vorhandene KFZ aufgrund der Behinderung steuerlich bezuschusst oder wird das KFZ durch sonstige öffentliche Leistungen bezuschusst? Bitte Kennzeichen mitteilen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	KFZ-Kennzeichen: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Einkommensverhältnisse	aus dem Vorvorjahr ein Betrag in Höhe von	aus dem laufenden Jahr ein Betrag in Höhe von
Arbeit und Gewerbe:		
Land- und Forstwirtschaft		
Renten/Pensionen		
Kindergeld/Kinderzuschuss		
Miet- und Pachteinnahmen		
Kapitalerträge (z.B. Zinsen):		
Wohngeld:		
Leistungen des Lastenausgleichs		

Renten nach Bundesvers. –Gesetz (z.B. Grundrente, Ausgleichsrente, Bundes- oder Opferentschädigungsgesetz)		
Bestehen vertragliche Ansprüche gegen Dritte? Z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege?		
Werkstatteinkommen		
Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld (SGB II)		
HLU / Grusi		
Sonstiges		
Vermögen	Antragstellerin/ Antragsteller	
Höhe des Bargeldbestandes, Bankguthabens. Bitte entsprechende Belege beifügen.		
Wertpapiere, Aktien, Fondsanteile		
Selbstbewohnte Eigentumswohnung oder selbstbewohntes eigenes Haus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Weiteres Immobilienvermögen? Wenn „ja“, dann Art und Anschrift mitteilen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Vermögen (auch Lebensversicherungen unter Belegung des aktuellen Rückkaufswertes):		
Sonstige Altersvorsorgeverträge (z.B. Riesterrente) Bitte entsprechende Nachweise beifügen.	Art _____ Höhe mtl. Einzahlung _____ € ab _____	
Erb- und Pflichtteilsansprüche		
Bestehen Erb- und Pflichtteilsansprüche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Erbsanspruch <input type="checkbox"/> Pflichtteilsanspruch	
Art und Höhe	Art:	Höhe:
Erblasser Name und Anschrift		
Todestag und -ort		
Nachweis	Unterlagen (u.a. Erbschein, Testament, Nachlassverzeichnis) bitte in Kopie beifügen!	

Besondere Belastungen des Antragstellers

Einverständniserklärung zur Gewährung der Leistungen zur Mobilität (Mobilitätshilfe) als pauschale Geldleistung

Sie haben die Möglichkeit, die Mobilitätshilfe in Form einer monatlichen Pauschale zu erhalten.

Die Pauschale beträgt monatlich 120 Euro. Rollstuhlfahrer/-innen, die auf Spezialfahrzeuge angewiesen sind, erhalten 240 Euro. Leistungsberechtigte Personen, die ein Kfz im HH zur Verfügung haben oder in einer stationären Einrichtung bzw. in einer besonderen Wohnform leben, erhalten 50% der o.g. Beträge.

Sofern die Mobilitätshilfe im Rahmen der pauschalen Geldleistung gewährt wird, wird in der Regel auf die Einreichung der Nachweise verzichtet. Für Sie besteht jedoch die Verpflichtung die Nachweise über die getätigten Fahrten über einen Zeitraum von 3 Jahren aufzubewahren.

Der Bezirk Schwaben ist berechtigt, zur Prüfung der Teilhabeziele im Rahmen des Gesamtplanverfahren - spätestens alle 2 Jahre - die Nachweise anzufordern und einzusehen.

Wenn Sie mit der Gewährung der Leistung als Pauschale einverstanden sind, benötigen wir hierzu ihre Zustimmung:

Ja, ich möchte die Mobilitätshilfe in Form einer pauschalen Geldleistung erhalten.

Sofern Sie ihre Teilhabeziele mit der o.g. monatlichen Pauschale nicht decken können und mit der pauschalen Leistungsgewährung nicht einverstanden sind, ist zu prüfen ob ein sog. „Härtefall“ vorliegt. Im Rahmen der Härtefallprüfung kann ggf. ein abweichender monatlicher Betrag festgelegt werden. Die zweckbestimmte Verwendung der monatlichen Mobilitätshilfe ist in diesem Fall in regelmäßigen Abständen durch Einreichung sämtlicher Belege nachzuweisen.

Erklärung:

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

Hinweis gem. Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Schwaben
Hafnerberg 10
86152 Augsburg
Telefon 0821 3101-0
E-Mail: poststelle@bezirk-schwaben.de

Die von Ihnen nach §67a SGBX erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen (§ 60 § Abs. 1 SGBI). 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. 1e), Abs. 2 und 3 DSGVO. Ihre Daten können vom Bezirk Schwaben im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung an Dritte übermittelt werden (§§ 67 d ff. SGB X), z. B. an den Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechenden 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 des § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der EU-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 ein 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, steht Ihnen ggf. ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Schwaben, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Schwaben erreichen Sie unter der Telefonnummer 0821 3101351 oder über die E-Mail-Adresse: Datenschutz@bezirkschwaben.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz.

Geldleistungen können auf folgende Bankverbindung des Antragstellers gezahlt werden:

IBAN:	<input type="text"/>
Bankinstitut:	BIC: <input type="text"/>

Ich versichere, diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Hinweise zum Antrag auf Übernahme der pauschalierten Leistungen zur Mobilität

Sofern zutreffend, wird um Übersendung der nachstehenden Unterlagen/Nachweise/Belege in Kopie gebeten:

- Aktueller Schwerbehindertenausweis
- Sofern ein Schwerbehindertenausweis nicht vorliegt, ein aktuelles Fachärztliches Attest, aus dem die vorliegende Behinderung hervorgeht
- Nachweis über die Höhe der Steuerbefreiung des KFZs
- Betreuerausweis
- Lückenlose Kontoauszüge aller Giro- und Sparkonten der letzten drei Monate
- Wertpapiere, Aktien, Immobilien, Grundeigentum, Kraftfahrzeuge
- Grundbuchauszüge
- Lebensversicherungen oder Rentenverträge (aktuelle Rückkaufswerte und vollständige Versicherungspolicen)
- Bausparverträge (aktuelle Rückkaufswerte und vollständige Versicherungspolicen)
- Bestattungsgeldverträge/ Sterbegeldversicherungen
- Ansprüche gegenüber Dritten aus Verträgen (z.B. Übergabeverträge)
 - o Einkommensnachweise aus dem Vorvorjahr und aus dem aktuellen Jahr Rentenbescheide
 - o Werkstatteinkommen
 - o Verdienstnachweise
 - o Kindergeldbescheid
 - o Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld-Bescheid
 - o Bescheid über die Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt
 - o Bescheid über die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - o Sonstige Einnahmen/ Einkünfte
 - o Miet- und Pachteinnahmen
 - o Kapitalerträge
 - o Riesterrenten ggfs. mit Zertifizierungsnummer