

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

### I. Persönliche Verhältnisse der nachfragenden Person (Person, für die die Leistung beantragt wird)

<b>Name, Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Anschrift:</b>			
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden		
<b>Staatsangehörigkeit:</b>			
<b>In einem/r Heim bzw. besonderer Wohnform untergebracht:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Kostenträger:		
<b>Wohnort vor Heimunterbringung bzw. besonderer Wohnform:</b>			
<b>Betreuung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name und Anschrift des Betreuers, Betreuungsgericht und Aktenzeichen (Betreuerausweis bitte beifügen):
<b>Bevollmächtigung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name und Anschrift des Bevollmächtigten (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

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

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

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

**a) Haus- oder Grundvermögen ist vorhanden:**

ja

nein

Bezeichnung, Flurnummer, Gemarkung	Grundstücksgröße, Baujahr, ggf. Anteil, Anzahl der Wohnungen, Wohnfläche, Wertangabe in Euro

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

ja

nein

Konto	Vertrags-Nr.	Kontoinhaber	jetziger Kontostand (EUR)
Girokonto			
Sparguthaben			
Sparguthaben			
Wertpapiere			
Lebens-, Sterbe- und Kapitalversicherungen			
Sonstiges Vermögen und Forderungen			

**c) Vermögensabgaben**

Wurden Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? (z. B. Haus, Grundstück, Bar- oder Spargeld, Wertpapiere etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art, Höhe, Anlass, Zeitpunkt, Empfänger:		

**V. Vorrangige Ansprüche**

Bestehen vorrangige Ansprüche der Person, für die Hilfe beantragt wird? (z. B. im Rahmen der Kriegsofferfürsorge, des Opferentschädigungsgesetzes oder sonstige Ansprüche gegen Dritte)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art des Anspruchs, Anspruchsgegner:		

## VI. 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 in der Lage den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) selbstständig zu nutzen?  ja  nein

Ist ein Kraftfahrzeug auf Sie zugelassen?  ja  nein

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

Nachweis für die Erforderlichkeit eines Spezialfahrzeuges liegt dem Antrag bei (z.B. ärztliches Gutachten)?  ja  nein

## VII. Art und Umfang der Leistung

Folgende Leistung wird beantragt:

- Regelbetrag** (mit Verwendungsnachweis)  
Mit der Gewährung der Mobilitätshilfe in Form einer pauschalen Geldleistung bin ich einverstanden.
- Grundbetrag** (mit Verwendungsbestätigung)  
Mit der Gewährung der Mobilitätshilfe in Form einer pauschalen Geldleistung bin ich einverstanden.
- individuelle Mobilitätshilfe** (mit Verwendungsnachweis)  
Bitte Bedarf auf Beiblatt erläutern!

## VIII. Auszahlung von Leistungen

<b>Kontoinhaber:</b>	
<b>Name der Bank:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>BIC:</b>	

## IX. Leichte Sprache

Eine Übersendung der Richtlinie in Leichter Sprache wird gewünscht.  ja  nein

Eine Übersendung des Beiblattes zum Bescheid in Leichter Sprache wird gewünscht.  ja  nein

### Wichtiger Hinweis:

Der Bezirk Unterfranken hat hierzu eine Richtlinie zur Gewährung von Leistungen zur Mobilität erlassen. Eine Version zum Herunterladen finden Sie auch auf der Homepage des Bezirks Unterfranken unter:

[www.bezirk-unterfranken.de/hilfen/eingliederungshilfe/21777.Mobilitätshilfe.html](http://www.bezirk-unterfranken.de/hilfen/eingliederungshilfe/21777.Mobilitätshilfe.html)

Die Leistungen zur Mobilität dienen dazu, eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu erleichtern. Gleichzeitig soll der Leistungsberechtigte damit zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung befähigt werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihre Zustimmung zu einer Leistungsgewährung nach der oben genannten Mobilitätsrichtlinie des Bezirks Unterfranken.

## 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, Silberstraße 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/Bevollmächtigter

---

Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner