

Absender

.....  
.....  
.....

Landkreis Stade  
Amt 50

21677 Stade

....., .....

Antrag zur Feststellung der Berechtigung zur Teilnahme am Fahrdienst für Behinderte im  
Landkreis Stade

1. Persönliche Angaben des Antragstellers

Name Vorname geb.:

Anschrift

2. Art der Behinderung

Es besteht folgende Behinderung (Krankheit):

Als Folge dieser Behinderung bin ich

- auf ständige Benutzung eines Rollstuhles angewiesen
- nicht in der Lage, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen

3. Schwerbehindertenausweis (bitte Ausweis oder Kopie beifügen)

- Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen "aG" oder "H" ist vorhanden oder
- Gleichstellung eines Schwerbehinderten aus folgenden Gründen  
(Ärztliche Bescheinigung beifügen)

.....

.....

3. Kriegsbeschädigte, Kriegshinterbliebene

Ich gehöre dem Personenkreis der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen oder  
Gleichgestellten an  ja  nein

5. Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse

5.1. Haushaltsangehörige      Geb.Tag.      Verwandtschaftsverhältnis      Einkommen

---

---

---

---

---

5.2. Netto-Einkommen des Antragstellers und den nicht getrennt lebenden Ehegatten

Empfänger      Art des Einkommens      Monatlicher Netto-Betrag

---

---

---

---

5.3.      Vermögen (Bitte Art und Umfang angeben)

---

---

---

6. Monatliche Kosten der Unterkunft (Miete, Hausbelastung ohne Heizungskosten)

---

---

7. Ich besitze ein eigenes Kraftfahrzeug       ja       nein

Erklärung:

Ich habe sämtliche Fragen nach bestem Wissen vollständig und richtig beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich gerichtlich bestraft werden kann, wenn ich falsche Angaben mache oder absichtlich Tatsachen verschweige.

.....  
(Eigenhändige Unterschrift)