

Antrag auf Teilnahme am Fahrdienst für Menschen mit Behinderung

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angabe zur Behinderung

Die Behinderung ist festgestellt durch Bescheid des Versorgungsamtes vom (Datum)

Folgende Merkmale sind festgestellt:

aG **B** **Bl**

Bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.

Ich versichere, dass monatliches Einkommen die Grenze von 1.500 € zuzüglich Miete nicht übersteigt.

Ich bin in einer Rehabilitations-, Pflege- oder Eingliederungseinrichtung untergebracht

Nein Ja

Ich versichere hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift

Bitte zurücksenden an:

Kreis Stormarn

- Der Landrat -

Fachdienst Sonstige soziale Leistungen – 32/100 –

Gebäude A

Mommsenstraße 13

23843 Bad Oldesloe

HINWEIS nach § 9 Bundesdatenschutzgesetz:

Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen der Mitwirkungspflicht nach § 60 Sozialgesetzbuch, I. Buch (SGB I) und dient ausschließlich der Bearbeitung des mit diesem Vordruck gestellten Antrages auf Teilnahme am Fahrdienst für Menschen mit Behinderung des Kreises Stormarn.