

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

**ANLAGE**

Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienug nach § 21 SGB X

**MOBILITÄTSHILFE**

für die Bedarfsermittlung und Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

– Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen. –

Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**Leistungen werden beantragt für:**

Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		

**Vertreten durch (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer):**

Name, Vorname(n), Vertretungsfunktion
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**Art der Mobilitätshilfe:**

Leistungen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges (KFZ) – bei minderjährigen leistungsberechtigten Personen im Umfang des wegen der Behinderung erforderlichen Mehraufwandes

Leistungen für die aufgrund der Behinderung erforderlichen Umbaumaßnahme

Sonstige Leistungen: \_\_\_\_\_

**Welche konkreten Ziele wollen Sie mit dem KFZ erreichen? (ggf. bitte auf Beiblatt ergänzen)**

Fahrtzweck (Anlass)	Fahrtziel (Adresse)	Entfernung von der Wohnung (in km)	Häufigkeit (pro Monat)

Angaben zur Nutzbarkeit anderer Fortbewegungsmöglichkeiten: (ggf. bitte auf Beiblatt ergänzen)	
Welche der o. g. Wege können zu Fuß / mit Krankenfahrzeugen (bspw. Rollstuhl) bewältigt werden?	_____
Welche der o. g. Wege können mit dem ÖPNV (Bus, Bahn, etc.) zurückgelegt werden?	_____
Wo befindet sich die nächstgelegene Haltestelle zur Teilnahme am ÖPNV?	Haltestelle: _____ Entfernung von der Wohnung (in Meter): _____ m
Kann der Weg zu dieser Haltestelle zu Fuß oder auf andere Weise zurückgelegt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bitte begründen: _____
Welche der o. g. Wege können mit anderen Beförderungsmöglichkeiten zurückgelegt werden (bspw. Fahrdienste, Taxi)?	_____
Erhalten Sie Leistungen zur Mobilität (Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen)?	<input type="checkbox"/> Ja, Umfang: _____ Kostenträger: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wenn für keinen der o. g. Wege eine andere Fortbewegungsmöglichkeit in Betracht kommt, bitte begründen:	_____

treffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

Angaben zur/zum Fahrzeugführer/in:	
Ich beabsichtige das Kraftfahrzeug selbst zu fahren:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bitte nachstehende Angaben machen.
Name, Vorname: _____	
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person: _____	
Name, Vorname: _____	
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige Person: _____	
<b>Bitte fügen Sie eine Kopie der gültigen Fahrerlaubnis bei!</b>	

Gegebenenfalls Angaben zum bisher genutzten KFZ (Altfahrzeug):	
Handelt es sich um eine Ersatzbeschaffung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Altfahrzeug noch verkehrstauglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Details zum Altfahrzeug:	Marke, Modell: _____ Aktueller Kilometer-Stand: _____ km Erstzulassung (Monat/Jahr): _____ Der aktuelle Verkehrswert beträgt: _____ € Der Erlös für den Verkauf des Altfahrzeugs beträgt: _____ € <b>Über den Verkauf des Altfahrzeuges ist der Verkaufsvertrag in Kopie oder ein sonstiger geeigneter Nachweis beizufügen!</b>

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	Aus folgenden Gründen kann/will ich das bisherige Fahrzeug nicht mehr benutzen:	_____
	Wenn unfallbedingter Totalschaden bzw. Verlust durch Diebstahl vorliegt:	Restwert des Kraftfahrzeuges: _____ € Ersatzleistung aus KFZ-Haftpflichtversicherung bzw. Voll- oder Teilkaskoversicherung: _____ € Name der Versicherungsgesellschaft, bei der Schadensersatzansprüche geltend gemacht wurden: _____
	<b>Angaben zum anzuschaffenden KFZ:</b>	
	Art der KFZ-Beschaffung:	<input type="checkbox"/> Neuwagen <input type="checkbox"/> Gebrauchtwagen
	Details zum KFZ:	Marke, Modell: _____ Aktueller Kilometer-Stand: _____ km Erstzulassung (Monat/Jahr): _____ Anschaffungskosten: _____ € <b>Konkretes Angebot ist beizufügen!</b>
	Ich habe bereits einen Kaufvertrag abgeschlossen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zeitpunkt des Kaufvertrages: _____
	Verfügt das KFZ über behinderungsbedingt erforderliche Zusatzausstattungen (bspw. Rampe, Hebelift, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende Zusatzausstattung/technische Einbauten sind vorhanden: _____ _____
	Bezifferung des Kostenanteils der behinderungsbedingt erforderlichen Zusatzausstattung an den Anschaffungskosten:	Wert der Zusatzausstattung: _____ €
	Seinerzeitige Neuanschaffungspreis des Gebrauchtwagens:	Ursprünglicher Neuanschaffungspreis: _____ €
	<b>Angaben zu behinderungsbedingt erforderlichen Umbaumaßnahmen:</b>	
Folgende Umbaumaßnahmen sind aufgrund der Behinderung erforderlich: _____ _____		
Die Kosten der erforderlichen Umbaumaßnahmen betragen: _____ €		
<b>Bitte fügen Sie mindestens 2 Vergleichsangebote von unterschiedlichen Anbietern bei!</b>		

<b>Rechtsverbindliche Unterschrift</b>	
Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters

<b>Rechtsverbindliche Unterschrift bei minderjährigen Antragstellern</b>	
Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigte / gesetzlicher Vertreter
<input type="checkbox"/> Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt. (Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.)	