

Antrag auf eine Fahrberechtigung

Erstantrag Erneuerungsantrag (zutreffendes ankreuzen)

Wichtige Hinweise:

- Vor dem Ausfüllen des Formulars bitte das Merkblatt für Antragsteller/innen gut durchlesen.
- Die Behandlung des Antrages ist nur möglich, wenn alle Fragen vollständig beantwortet sind.
- Beilagen: **aktuelles Passfoto** (nur nötig, wenn noch kein Ausweis vorhanden ist)
- Bitte in Blockschrift schreiben

A Fragen zur Person

Name / Vorname.....

Geburtsdatum.....

PLZ / Wohnort.....

Strasse.....

Telefonnummer Privat.....Geschäft.....

IV-/AHV-Nr.

Korrespondenzadresse

(falls angegeben, geht jede schriftliche Information an diese Adresse!)

.....

E-Mail-Adresse: nur angeben, wenn Sie die Informationen über Ihre Fahrguthaben („Kontingent“) per E-Mail erhalten wollen!

.....

Evtl. Kontaktperson für Rückfragen:

.....

Sprache: Deutsch Français

Beziehen Sie **Ergänzungsleistungen** (zur IV/AHV)? ja nein

Bitte nicht ausfüllen!

Abgabe des Ausweises: Ablehnung

RI FI RA FA Jahr(e)

Bemerkungen

B Fragen zur Mobilität

1. - Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen? ständig zeitweise nein

2. - Können Sie in ein normales Personenauto ein-/aussteigen? ja nein

3. - Können Sie die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen? (Tram, Bus, Bahn)

ja nein teilweise

Wenn **nein**, aus welchen Gründen?

.....

.....

.....

.....

Wenn **teilweise**, unter welchen Umständen?

.....

.....

.....

.....

4. Welche Transportmittel benutzen Sie?

	<i>häufig</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
- zu Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eigenes Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mitfahrt bei Ehepartner/in, Nachbar/innen, Bekannte usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Weitere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Welches sind die Hauptzwecke der Fahrten?

- Arbeit Wo?.....
- Therapie Wo?.....
- Arztbesuche Welche?.....
- Freizeit z. B.....
- Weitere z. B.....

6. Falls **Heimbewohner/in**: Könnten die Fahrten oder ein Teil davon durch Heim-eigene Fahrzeuge abgedeckt werden?

ja nein teilweise

Wenn **teilweise**, welche? Wieviele?

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

7. Kennen bzw. benutzen Sie **alternative Fahrmöglichkeiten** wie z. B. Rotkreuz-Fahrdienst / und evtl. andere?

ja nein

Wenn Sie alternative Fahrmöglichkeiten **nicht** benutzen, warum nicht?

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

8. Gibt es Möglichkeiten, dass Sie (z. B. bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel) **begleitet** werden? Welche?

.....
.....

9. Welche Finanzierungsmöglichkeiten bestanden bisher / bestehen künftig durch Dritte (Krankenkasse / IV /Ergänzungsleistungen /...)

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

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Abklärungsstelle, im Bedarfsfall Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt und/oder mit einer sozialen Dienststelle zu nehmen.

Ort/Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

*Der **komplett ausgefüllte Antrag** geht inkl. **Beilagen** an die Abgabestelle:*

Stiftung BTB, Schwarztorstrasse 32, Postfach, 3000 Bern 14
Tel. 031 387 55 77, Fax 031 387 55 55

C **Ärztliche Bescheinigung**

(Notwendig bei **allen Erstanträgen**. Bei Erneuerungsanträgen, **wenn der alte Ausweis nur 1 Jahr oder weniger lange gültig war**)

Bitte alle Angaben mit Blockschrift

1. Ist die antragstellende Person auf einen Rollstuhl angewiesen?

ständig zeitweise nein

Hinweis: Als „ständig auf den Rollstuhl angewiesen“ gelten auch Personen, die ausserhalb des Hauses immer den Rollstuhl benutzen.

Wenn zeitweise, unter welchen Umständen?

2. Kann die antragstellende Person in die öffentlichen Verkehrsmittel einsteigen bzw. aus diesen aussteigen, d. h. kann sie die Stufen überwinden?

ja nein

Kann die antragstellende Person die Haltestelle zum nächstgelegenen Verkehrsmittel selbständig erreichen, d. h. kann sie eine Strecke von ca. 200 m (Richtgrösse) zurücklegen?

ja nein

Bemerkungen

3. Medizinische Diagnose

4. Ist die Mobilitätsbehinderung

irreversibel? vorübergehend? progressiv stabil?

Wenn vorübergehend, voraussichtliche Dauer?

5. Bemerkungen

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

.....

.....