Stiftung
Behindertentransport Kanton Bern
Fondation transports-handicap du canton de Berne

Adresse: Stiftung BTB, Postfach 3357, 3001 Bern, Tel. 031 307 40 40, info@stiftung-btb.ch, www.stiftung-btb.ch

Antrag auf eine Fahrberechtigung

☐ Erstantrag ☐ Erneuerungsantrag

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.*
- ***Bitte Foto anheften oder per Mail an: info@stiftung-btb.ch***

A Fragen zur Person

Name / Vorname.....

Geburtsdatum.....

PLZ / Wohnort.....

Strasse.....

Telefonnummer.....

IV-/AHV-Nr. ☐☐☐.☐☐☐☐.☐☐☐☐.☐☐

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

.....

.....

E-Mail-Adresse: Wir empfehlen Ihnen die Angabe der E-Mailadresse. Sie erhalten dann monatlich die Informationen über Ihr Fahrguthaben („Kontingent“) per E-Mail.

…….....

Evtl. **Kontaktperson** *für Rückfragen:*

…….....

Sprache: ☐ *Deutsch* ☐ *Français*

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

Haben Sie eine **Krankenkasse-Zusatzversicherung** (Krankentransporte)? ☐ ja ☐ nein

Bitte nicht ausfüllen!
Abgabe des Ausweises: Ablehnung ☐

RI FI RA FA ..... Jahr(e)

Bemerkungen

18.11.2025

B Fragen zur Mobilität

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

Wenn zeitweise, unter welchen Umständen?

.....

.....

.....

Wenn Sie zu Fuss unterwegs sind, benutzen Sie einen Rollator?

ja ☐ nein ☐

Wenn nein, warum nicht?

.....

.....

.....

2. Können Sie die öffentlichen Nah-Verkehrsmittel benutzen? (Tram, Bus, S-Bahn)

ja ☐ nein ☐ teilweise ☐

Wenn **nein**, aus welchen Gründen?

.....

.....

.....

Wenn **teilweise**, unter welchen Umständen?

.....

.....

.....

3. Brauchen Sie bei der Benützung eines Personenautos / Behindertentaxis Unterstützung? Z.B. Hilfe vom Wohnort bis zum Fahrzeug, bzw. vom Fahrzeug zum Bestimmungsort? Welche Art von Unterstützung?

.....

.....

.....

.....

4. Welche Transportmittel benutzen Sie? (*bitte auf jeder Zeile ankreuzen*)

	häufig	*selten*	*nie*
- zu Fuss	☐	☐	☐
- Eigenes Auto	☐	☐	☐
- Mitfahrt bei Ehepartner/in, Nachbar/innen, Bekannte usw.	☐	☐	☐
- Taxi	☐	☐	☐
- Öffentliche Verkehrsmittel	☐	☐	☐
- Weitere:.....	☐	☐	☐

5. Welches sind die Zwecke der Fahrten?

Arbeit ☐ Wo?.....

Therapie ☐ Wo?.....

Arztbesuche ☐ Welche?.....

Freizeit ☐ z. B.....

Weitere ☐ z. B.....

6. Wohnen Sie ☐ im Heim ☐ selbständig

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

ja ☐ nein ☐

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

.....

.....

8. Welche Finanzierungsmöglichkeiten bestanden **bisher** / bestehen **künftig** durch Dritte

Krankenkasse ☐ .....

IV ☐ .....

Ergänzungsleistungen ☐ .....

Andere ☐ .....

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Abklärungsstelle, die erforderlichen Informationen bei den zuständigen Stellen einzuholen (z.B. IV, Ausgleichskasse, Arzt/Ärztin, Sozialdienste, Beratungsstellen usw.). Ich bin mit der Bearbeitung von Daten zu meiner Person und zu den subventionierten Fahrten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften einverstanden.

Ort/Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

---

*Der **komplett ausgefüllte Antrag** geht an die Abgabestelle:*

Stiftung BTB, Postfach 3357, 3001 Bern