

Geschäftsstelle:

KBB  
Stöckackerstrasse 30 4142 Münchenstein  
T 061 926 98 82 F 061 926 98 89  
E kbb@kbb-basel.ch W www.kbb-basel.ch



KBB KOORDINATIONSSTELLE  
FAHRTEN FÜR BEHINDERTE  
BEIDER BASEL

## Antrag Anspruchsberechtigung

Erstantrag     Erneuerungsantrag  
(zutreffendes ankreuzen)

Hinweise:

- Die Behandlung des Antrages ist nur möglich, wenn alle Fragen vollständig beantwortet sind.
- Bitte in Blockschrift schreiben

### A Fragen zur Person (bitte obige Angaben ergänzen)

Anrede                       Frau             Herr

Name ..... Vorname.....

Zusatz (c/o, Heim usw.) .....

Strasse.....Nr.....

PLZ / ..... Wohnort.. .....

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

Geburtsdatum .....

### Korrespondenzadresse

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

Name ..... Vorname .....

Strasse.....Nr.....

PLZ / ..... Wohnort.. .....

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

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

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

*Bitte nicht ausfüllen!*

**Abgabe des Ausweises:**                       ja.....                       Befristet bis: .....                       Ablehnung

RI    FI    RA    FA    EG.....                       VA                       SC                       PUMA

**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?      häufig      selten      nie
- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - 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/andere .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. Welches sind die Hauptzwecke der Fahrten?

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

6. Falls **Heimbewohner/in**: Könnten die Fahrten oder ein Teil davon durch heimeigene Fahrzeuge durchgeführt werden?

ja  teilweise  nein

Wenn **teilweise**, welche? Wie viele?

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

7. Kennen bzw. benutzen Sie **alternative Fahrmöglichkeiten**?

ja  nein

Wenn **ja**, welche?

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

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

.....  
.....

9. Welche Finanzierungsmöglichkeiten durch Dritte bestanden bisher / bestehen künftig (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 Geschäftsstelle:**

**KBB Geschäftsstelle, Stöckackerstrasse 30, 4142 Münchenstein**

Tel. 061 926 98 82, Fax 061 926 98 89

## C **Ärztliche Bescheinigung**

(Notwendig bei **allen Erstanträgen**. Bei Erneuerungsanträgen, **wenn der alte Ausweis nur befristet 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 benützen.

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

.....

.....