

Ansuchen um Fahrten mit dem Behindertentaxi

SeniorInnenreferat
 Stigergasse 2, 3.OG. Zi 313 | 8011 Graz
 Tel.: +43 316 872-6391 u. 6392 | Fax: -6399

Hinweis: Bitte füllen Sie alle Felder korrekt aus. Die mit einem ***** gekennzeichneten Felder sind verpflichtend auszufüllen. Für alle Datumseingaben gilt das Format „TT.MM.JJJJ“.

Sie können das Formular direkt am Bildschirm ausfüllen, und ausdrucken. Das vollständig ausgefüllte Formular sowie den [ärztlichen Befund](#) übermitteln Sie bitte an die oben angeführte Kontaktadresse bzw. legen beides im Sozialamt/SeniorInnenreferat vor.

1. Angaben zur Person

Familienname *	<input type="text"/>	Akad. Grad	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
Geboren am *	<input type="text"/>		
Straße *	<input type="text"/>	Haus-Nr. *	<input type="text"/>
Ort *	<input type="text"/>	PLZ *	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		

2. Angaben zur Pension *

Auszahlende Stelle	<input type="text"/>
Höhe der Pension	<input type="text"/>
Pflegegeld der Stufe	<input type="text"/>

3. Zutreffendes bitte ankreuzen *

Eigener PKW	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Mobilitätskarte (Nulltarif) der GVB	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

4. Zustimmungserklärung

Der/die Antragsteller/in stimmt ausdrücklich zu, dass die Mag. Abt. 5 – Sozialamt zum Zweck der Überprüfung der Hauptwohnsitzeigenschaft im Gemeindegebiet von Graz einen Datenabgleich seines/ihres Vor- und Familiennamens sowie Geburtsdatums mit den Daten des zentralen bzw. örtlichen Melderegisters vornimmt und die Hauptwohnsitzeigenschaft während der Dauer der Leistungsgewährung laufend kontrolliert.

5. Wiederrufsklausel

Der/die Antragsteller/in ist berechtigt, die vorliegende datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung jederzeit gegenüber der Mag. Abt. 5 – Sozialamt durch einseitige schriftliche Erklärung zu widerrufen. Diesfalls ist der/die AntragstellerIn nach Aufforderung verpflichtet, eine tagesaktuelle Meldebestätigung der Mag.Abt.5 - Sozialamt vorzulegen.

6. Datum und Unterschrift des/der Antragstellers/in *

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Inanspruchnahme einer Mobilitätskarte der GVB oder das Vorhanden sein eines eigenen PKW's die Behindertenfahrten ausschließen.

ÄRZTLICHER BEFUND:

1.) ALLGEMEINEINDRUCK:

Kräftezustand:

- dem Alter nicht entsprechend
- verbraucht
- kräftig
- mittelkräftig
- schwächlich
- schlaff

Ernährungszustand:

- fettleibig
- ausreichend
- hager
- abgemagert

Gehfähigkeit:

- unbehindert
- steif
- schleppend
- hinkend
- erschwert
- bettlägerig (fallweise/ständig)

2.) KÖRPERLICHER BEFUND:

- Sinnesorgane:
- Lunge:
- Herz-Kreislauf:
- Bauchorgane:
- Bewegungsapparat:
- Nervensystem:

3.) DIAGNOSE:

Aus Diagnose und Befund ergeben sich folgende Einschränkungen hinsichtlich der Bewegungsfähigkeit

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ist die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels zumutbar? JA NEIN
 - Insbesondere a) das Ein – und Aussteigen JA NEIN
 - b) das Zurücklegen der Fußstrecke vom Wohnort zur nächst gelegenen Haltestelle JA NEIN
 - Ist eine Gehhilfe erforderlich? JA NEIN
- Wenn ja, welche
- Rollstuhl JA NEIN

.....
(Graz, am)

.....
(Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin)