

Ansuchen um einen Taxikostenzuschuss für mobilitätseingeschränkte Personen

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 die [ärztliche Diagnose](#) übermitteln Sie bitte an die oben angeführte Kontaktadresse bzw. legen beides im Sozialamt/SeniorInnenbüro 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
Sozialcard Mobilität	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

4. Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten für die Bearbeitung dieses Antrags verarbeitet werden. Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber dem Sozialamt einseitig und schriftlich zu widerrufen. Die Verwendung der Daten auf Grund gesetzlicher Bestimmungen bleibt davon unberührt.

Ich stimme zu, dass das Sozialamt die Richtigkeit der angegebenen Daten in elektronischen Registern (z.B. Melderegister, Vereinsregister, Firmenbuch, Unternehmens-serviceportal) überprüft (§ 17 Abs. 2 E-Government-Gesetz). Außerdem bin ich mit einem Abgleich mit der Liste der Mobilitäts-card-Inhaber der Holding Graz Linien einverstanden. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Stadt Graz, Sozialamt.

Datenkategorien, Empfänger und Rechtsgrundlage der Verarbeitung sind im Datenverarbeitungsregister unter [DVR_0051853/222](#) gemeldet. Allgemeine Informationen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen entnehmen Sie bitte der [Datenschutzerklärung](#) der Stadt Graz.

5. Datum und Unterschrift Antragsteller:in *

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

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Inanspruchnahme einer Sozialcard Mobilität oder das Vorhanden sein eines eigenen PKW's den Taxikostenzuschuss ausschließen.

NAME PATIENT:IN:

DIAGNOSE:

Aus der Diagnose 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)