



Antrag Anspruchsberechtigung für Freizeitfahrten

Erstantrag Erneuerungsantrag
(zutreffendes ankreuzen)

Hinweise:

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

Fragen zur Person (bitte obige Angaben ergänzen)

Name Vorname
Zusatz (c/o, Heim usw.)
Strasse Nr.
PLZ Wohnort
Telefonnummer (Privat) Mobil
Geburtsdatum

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

Name Vorname
Strasse Nr.
PLZ Wohnort
Telefonnummer Mobil

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

.....

Evtl. Kontaktperson für Rückfragen:

.....

Bitte nicht ausfüllen!

Abgabe des Ausweises:

- ja.....
 Befristet bis
 Ablehnung:

.....RI FI..... RA..... FA

Nur auszufüllen für Antragsstellende, die im Kanton Basel-Landschaft wohnhaft sind:

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

ja

nein

Wenn Sie die Frage mit nein beantwortet haben: Reichen Sie bitte zusätzlich zum Antrag aktuelle Details zur definitiven Veranlagungsverfügung der Staatsteuer des Kantons Basel-Landschaft ein.

Wenn Sie die Frage mit ja beantwortet haben: Reichen Sie bitte zusätzlich zum Antrag die Verfügung über die Ergänzungsleistungen ein.

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Abklärungsstelle, im Bedarfsfall Rücksprache mit meiner behandelnden Ärztin oder 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

Ärztliche Bescheinigung (bitte von der Ärztin/dem Arzt ausfüllen lassen)

(Notwendig bei **allen Erstanträgen**. Bei Erneuerungsanträgen nur dann nötig, **wenn der alte Ausweis nur befristet gültig war**)

Bitte alle Angaben mit Blockschrift

Name Vorname

Geburtsdatum

1. Ist die antragstellende Person ausserhalb der Wohnräumlichkeiten in ihrer Mobilität (aufgrund von körperlichen, psychischen oder kognitive Beeinträchtigungen) eingeschränkt und auf einen Fahrdienst angewiesen?

ständig teilweise nein

Wenn teilweise, unter welchen Umständen?

2. Kann die antragstellende Person die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen bzw. sich im öffentlichen Raum selbständig bewegen (trotz körperlicher, psychischer oder kognitiv Beeinträchtigungen)?

ja nein teilweise

Wenn teilweise, unter welchen Umständen?

3. Art der Mobilitätseinschränkung

Rollstuhlfahrer/in	<input type="checkbox"/>	Gehbehinderung	<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>	kognitive Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>
psychische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	andere körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>

4. Ist die Mobilitätseinschränkung

irreversibel? vorübergehend? progressiv? stabil?

Wenn vorübergehend, voraussichtliche Dauer?

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

.....

.....