

**Antrag auf Fahrtkostenregelung
für außergewöhnlich Gehbehinderte und Gleichgestellte**

Name	Vorname
PLZ/ Ort	Straße
Telefon	Fax
Akz. des Schwerbehindertenausweises	
Gültig bis:	Merkzeichen:

	ja	nein
Erhielten Sie eine PKW-Finanzierung aus öffentlichen Mitteln?		
Erhalten Sie eine KFZ-Steuerermäßigung?		
Haben Sie eine Wertmarke käuflich erworben?		
Ist eine kostenlose Wertmarke vorhanden?		
Stehen der Nutzung der Wertmarke behindertenbedingte Gründe entgegen? Bitte eine kurze Begründung!		

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Eventuell während des Bewilligungszeitraumes auftretende Änderungen (z.B. Erwerb einer Wertmarke, Steuerermäßigung, Änderung des Merkzeichens) teile ich umgehend mit. Ich wurde darauf hingewiesen, dass Fahrten in der Zuständigkeit anderer Kostenträger ausgeschlossen sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich der Landkreis Havelland als Zuwendungsgeber das Recht vorbehält, meine Angaben prüfen zu lassen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

- Die Leistung ist auch Personen zu bewilligen, denen aus anderen Behinderungsgründen (z.B. Klaustrophobie oder äußerer Erscheinungsbilder) nicht zuzumuten ist, im öffentlichen Personennahverkehr befördert zu werden. In diesem Fall muss eine amtsärztliche Stellungnahme vorliegen.

Landkreis Havelland
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow

.....
Datum

**Antrag auf Fahrtkostenregelung
für außergewöhnlich Gehbehinderte und Gleichgestellte**

Name	Vorname
PLZ/ Ort	Straße
Telefon	Fax
Akz. des Schwerbehindertenausweises	
Gültig bis:	Merkzeichen:

	ja	nein
Erhielten Sie eine PKW-Finanzierung aus öffentlichen Mitteln?		
Erhalten Sie eine KFZ-Steuerermäßigung?		
Haben Sie eine Wertmarke käuflich erworben?		
Ist eine kostenlose Wertmarke vorhanden?		
Stehen der Nutzung der Wertmarke behindertenbedingte Gründe entgegen? Bitte eine kurze Begründung!		

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Eventuell während des Bewilligungszeitraumes auftretende Änderungen (z.B. Erwerb einer Wertmarke, Steuerermäßigung, Änderung des Merkzeichens) teile ich umgehend mit. Ich wurde darauf hingewiesen, dass Fahrten in der Zuständigkeit anderer Kostenträger ausgeschlossen sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich der Landkreis Havelland als Zuwendungsgeber das Recht vorbehält, meine Angaben prüfen zu lassen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

- Die Leistung ist auch Personen zu bewilligen, denen aus anderen Behinderungsgründen (z.B. Klaustrophobie oder äußerer Erscheinungsbilder) nicht zuzumuten ist, im öffentlichen Personennahverkehr befördert zu werden. In diesem Fall muss eine amtsärztliche Stellungnahme vorliegen.