

Selbstauskunftsformular für Mobilitätshilfe

Sie erhalten von der Region Hannover, Fachbereich Teilhabe, eine Mobilitätshilfe in Form einer pauschalen Geldleistung oder haben diese erstmalig beantragt. Deshalb muss eine Bedarfsermittlung durchgeführt werden. Als Vorbereitung für die Bedarfsermittlung erhalten Sie diesen Selbstauskunftsformular. Durch Ausfüllen dieses Formulars können Sie die Antragstellung und die Bedarfsermittlung ggf. beschleunigen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Aktenzeichen

Ihre aktuelle Anschrift

Ich lebe in einer Einrichtung/Pflegeheim Ja Nein

Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail

1. Fragen zum Gesundheitsstand

Bitte geben Sie die Diagnosen/Erkrankungen an die bei Ihnen vorliegen:

1.1. Falls Sie bereits eine Mobilitätshilfe erhalten, geben Sie bitte an ob und wie sich Ihr Gesundheitszustand im vergangenen Zeitraum verändert hat:

1.2. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beantragt							
Falls Sie einen Schwerbehindertenausweis haben, welche Merkzeichen sind einge <tr><td><input type="checkbox"/> G</td><td><input type="checkbox"/> B</td><td><input type="checkbox"/> BI</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> aG</td><td><input type="checkbox"/> GI</td><td><input type="checkbox"/> RF</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> H</td><td><input type="checkbox"/> TBI</td><td><input type="checkbox"/> 1 KI</td></tr>	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> TBI	<input type="checkbox"/> 1 KI
<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI							
<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> RF							
<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> TBI	<input type="checkbox"/> 1 KI							



2. Fragen zur Mobilität.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.

2.1. Ihre Mobilität.

Ich kann ohne fremde Hilfe ca. _____ Meter gehen.

Ich kann ohne fremde Hilfe stehen; nicht stehen.

Ich kann selbstständig stehen, wenn ich die Möglichkeit habe mich an Gegenständen abzustützen und festzuhalten. Ja Nein

Ich kann mich ohne fremde Hilfe umsetzen (z.B. vom Bett in den Rollstuhl oder Sessel). Ja Nein

2.2. Ihre Wohnsituation.

In welchem Stockwerk liegt Ihre Wohnung? _____

Ist Ihre Wohnung barrierefrei zugänglich? Ja Nein

Falls Ja, welche Gegebenheiten sind dafür hilfreich?	<input type="checkbox"/> Ebenerdiger Zugang	<input type="checkbox"/> Aufzug	<input type="checkbox"/> Rampe
--	---	---------------------------------	--------------------------------

Falls Nein, welche Gegebenheiten sind hinderlich?	<input type="checkbox"/> Stufen vor der Haustür	<input type="checkbox"/> Stufen im Treppenhaus	<input type="checkbox"/> Stufen in der Wohnung
---	---	--	--

Können Sie ohne Hilfe ihre Wohnung verlassen? Ja Nein

Falls Nein, welche Hilfe benötigen Sie zum verlassen Ihrer Wohnung?

2.3. Sind Sie auf die Benutzung folgender Hilfsmittel angewiesen und falls Ja, brauchen Sie das Hilfsmittel dauerhaft oder nur zeitweise?

Gehstock	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Rollator	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Gehstützen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise

Faltrollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Elektrorollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Liegendrollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	<input type="checkbox"/> Zeitweise

Sonstige Hilfsmittel:



2.4. Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV); Bus und Bahn.

Die nächste barrierefreie Haltestelle des ÖPNV ist ca. _____ Meter entfernt von meiner Wohnung.

Ich kann diese Haltestelle ohne fremde Hilfe erreichen; nicht erreichen.

Ich kann den ÖPNV nicht in Anspruch nehmen weil:

2.5. Andere Verkehrsmittel.

Ich kann mit einem normalen PKW oder Taxi fahren. Ja Nein

Ich muss mit einem Spezialfahrzeug (z.B. mit Auffahrrampe, Hebebühne usw.) im Rollstuhl sitzend gefahren werden. Ja Nein

In meinem Haushalt befindet sich ein PKW kein PKW.

3. Verwendung der Mobilitätshilfe.

Bitte beschreiben Sie, für welche Fahrten Sie die Mobilitätshilfe nutzen möchten und welche Transportmittel Sie benutzen würden.

Falls Sie bereits eine Mobilitätshilfe erhalten, bitte geben sie auch an, für welche Fahrten und Transportmittel sie die Mobilitätshilfe bisher genutzt haben.

4. Einkommen und Vermögen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und legen entsprechende Nachweise vor.

4.1 Einkommen

Es geht ausschließlich um das Einkommen der antragstellenden Person.

Bei minderjährigen Personen geht es um das Einkommen des Kindes/ Jugendlichen und der im Haushalt lebenden Eltern oder des im Haushalt lebenden Elternteils.

Art des Einkommens:

Sind einkommenssteuerpflichtige Einkünfte im Vorvorjahr vorhanden...		
...(aus) Land- und Forstwirtschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(aus) Gewerbebetrieb?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(aus) selbstständiger Arbeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(aus) nichtselbstständiger Arbeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(aus) Kapitalvermögen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(aus) Vermietung/ Verpachtung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(aus) sonstigen Einkünften?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Als Nachweis dient eine Kopie des Einkommenssteuerbescheids des Vorvorjahres.

Sind Renteneinkünfte im Vorjahr vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<u>Falls ja, aus folgender Rente:</u>	<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbsminde-rungsrente	<input type="checkbox"/> Hinterbliebenen-rente <input type="checkbox"/> Betriebs-/ Werkrente <input type="checkbox"/> ausländische Rente	<input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> sonstige Rente

Als Nachweis dient eine Kopie des Bescheids der Bruttorente des Vorjahres.

Weichen die aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des Vorvorjahres ab? (z. B. bei der Aufnahme bzw. Beendigung einer Erwerbstätigkeit, der Änderung des Stundenumfangs oder bei Renteneintritt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Bitte aktuelle Einkommensnachweise vorlegen. Eine Begründung zur Abweichung ist notwendig.

Weitere Personen im Haushalt:

Für eine mögliche Erhöhung der Einkommensgrenze sind Angaben zu Ehe- oder Lebenspartner*in, Partner*in einer eheähnlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft oder anderen Personen im Haushalt und unterhaltsberechtigten Kindern zu machen. Diese Angaben sind **freiwillig**. Nähere Informationen sind dem Hinweisblatt „Einkommen und Vermögen SGB IX (C.7)“ zu entnehmen.

Lebt die antragstellende Person mit Ehe- oder Lebenspartner*in, Partner*in einer eheähnlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebt die antragstellende Person mit unterhaltsberechtigten Kindern in einem Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Werden Angaben über Ehe- oder Lebenspartner*in, Partner*in einer eheähnlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Falls ja, Folgende:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Werden Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern gemacht? ja nein

Falls ja, Folgende:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Weitere Kinder können außerhalb dieses Vordrucks mitgeteilt werden.

Leistungen zum Lebensunterhalt:

Werden aktuell Leistungen zum Lebensunterhalt bezogen?		
...(nach dem) Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(nach dem) Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...(nach) § 27a Bundesversorgungsgesetz (BVerG)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Als Nachweis dient eine Kopie des Leistungsbescheides.

4.2 Vermögen

Es geht ausschließlich um das Vermögen der antragstellenden Person.
Bei minderjährigen Personen geht es um das Vermögen des Kindes/ Jugendlichen und der im Haushalt lebenden Eltern oder des im Haushalt lebenden Elternteils.

Soffern Leistungen nach dem Lebensunterhalt als Einkommen bezogen werden,
sind keine Angaben zum Vermögen erforderlich.

Art des Vermögens:

Vorhandenes Vermögen...		
... Bargeld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Girokonten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Sparguthaben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Bausparverträge?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Wertpapiere, Aktien, Depotkonten, Fonds?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Lebensversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Sterbeversicherungen oder Bestattungsvorsorgeverträge?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Haus- und Wohneigentum (auch im Ausland)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... sonstiger Grundbesitz (auch im Ausland)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Kraftfahrzeug(e)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Private Altersvorsorge? (z. B. Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Ansprüche aus Übertragungsverträgen? (z. B. Wohnrecht, Altenrecht, Nießbrauch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... Erbansprüche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... sonstiges Vermögen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges zum Vermögen:

Wurde Vermögen (Sparvermögen Haus- und Grundbesitz) in den letzten 10 Jahren veräußert, übergeben oder verschenkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>Falls ja:</u>		
Welche:		
An wen:		
Jahr:		

<input type="checkbox"/>	Es wird ausdrücklich erklärt, dass kein Vermögen über der Vermögensfreigrenze von 67.410,00 € für das Kalenderjahr 2025 vorhanden ist.
--------------------------	--

Es sind alle Vermögenswerte, auch geringfügige oder im Ausland befindliche anzugeben.
Die Aufzählung ist nicht abschließend. Nachweise über die Vermögenswerte (z. B. Sparbücher, Kontoauszüge, Versicherungsscheine, Kraftfahrzeugscheine) sind vorzulegen.

5. Sonstige Angaben.

Falls Sie von der Region Hannover, Fachbereich Teilhabe, eine Mobilitätshilfe erhalten sollten, in welchem Turnus und auf welche Bankverbindung soll der Betrag an Sie ausgezahlt werden?

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Kontoinhaber/in:

IBAN:

BIC:

Datum/Ort	Ihre Unterschrift
-----------	-------------------