

B Fragen zur Mobilität

1. Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen? ständig zeitweise nein

Wenn zeitweise, unter welchen Umständen?

.....
.....
.....

Wenn Sie zu Fuss unterwegs sind, benutzen Sie einen Rollator?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

.....
.....
.....

2. Können Sie die öffentlichen Nah-Verkehrsmittel benutzen? (Tram, Bus, S-Bahn)

ja nein teilweise

Wenn **nein**, aus welchen Gründen?

.....
.....
.....

Wenn **teilweise**, unter welchen Umständen?

.....
.....
.....

3. Brauchen Sie bei der Benützung eines Personautos / Behindertentaxis Unterstützung?
Z.B. Hilfe vom Wohnort bis zum Fahrzeug, bzw. vom Fahrzeug zum Bestimmungsort? Welche Art von Unterstützung?

.....
.....
.....
.....

4. Welche Transportmittel benutzen Sie? (bitte auf jeder Zeile ankreuzen)

	<i>häufig</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
- zu Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eigenes Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mitfahrt bei Ehepartner/in, Nachbar/innen, Bekannte usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Weitere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Welches sind die Zwecke der Fahrten?

- Arbeit Wo?.....
- Therapie Wo?.....
- Arztbesuche Welche?.....
- Freizeit z. B.....
- Weitere z. B.....

6. Wohnen Sie im Heim selbständig

7. Benutzen Sie **alternative Fahrmöglichkeiten** wie z. B. Rotkreuz-Fahrdienst / und evtl. andere?

ja nein

Wenn Sie alternative Fahrmöglichkeiten **nicht** benutzen, warum nicht?

.....

.....

8. Welche Finanzierungsmöglichkeiten bestanden **bisher** / bestehen **künftig** durch Dritte

- Krankenkasse
- IV
- Ergänzungsleistungen
- Andere

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Abklärungsstelle, die erforderlichen Informationen bei den zuständigen Stellen einzuholen (z.B. IV, Ausgleichskasse, Arzt/Ärztin, Sozialdienste, Beratungsstellen usw.). Ich bin mit der Bearbeitung von Daten zu meiner Person und zu den subventionierten Fahrten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Der **komplett ausgefüllte Antrag** geht an die Abgabestelle:

Stiftung BTB, Postfach 3357, 3001 Bern
info@stiftung-btb.ch