

Fahrdienst für Menschen mit Behinderung

Dieser Fahrdienst ist ein Angebot für Menschen, deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt ist, weil sie wegen ihrer Behinderung keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen können und über kein eigenes Fahrzeug verfügen. Der Behindertenfahrdienst wird im Rahmen der Eingliederungshilfe von der StädteRegion Aachen als gesetzliche Pflichtaufgabe wahrgenommen.

Teilnahmeberechtigt sind alle behinderten Menschen,

- die im Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers StädteRegion Aachen ihren ersten Wohnsitz haben
- die im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkmal „aG“ sind sowie diesen vergleichbare Personen, die durch eine amtsärztlich festgestellte Behinderung dem Personenkreis des §§ 53 ff.SGB XII angehören
- die hilfsbedürftig im Sinne des SGB XII unter Berücksichtigung der Einkommensgrenze gem. § 85 SGB XII i.V.m. § 87 SGB XII sind.

Der Fahrdienst kann für alle zur Teilhabe am Leben in Gemeinschaft anfallenden Fahrten in Anspruch genommen werden. Hierzu gehören z.B. der Besuch von Veranstaltungen, Verwandten, Bekannten sowie die Erledigung von kleineren Einkäufen. Sofern in besonderen Fällen (z.B. Beförderung zum Arzt, Krankenhaus oder Arbeitsstelle) andere Leistungsverpflichtete (z.B. Krankenkasse oder Agentur für Arbeit) vorhanden sind, zählen diese Fahrten nicht zum Berechtigungsumfang.

Anträge zur Teilnahme am Fahrdienst für Menschen mit Behinderung sind zu richten an die StädteRegion Aachen, Sozialamt, - A. 50.5 -, 52090 Aachen oder im Internet unter www.staedtereion-aachen.de als Download erhältlich.

Nach Erteilung des Bewilligungsbescheides durch die StädteRegion erfolgt die Auswahl des Anbieters durch den Leistungsberechtigten. Der Fahrdienst wird durch verschiedene Leistungsanbieter erbracht.

Mit dem Bescheid erhalten die Berechtigten einen Berechtigungsausweis zur Vorlage beim Leistungsanbieter sowie ein Merkblatt über die derzeit zur Verfügung stehenden Leistungsanbieter. Ein Anbieterwechsel ist erst nach drei Monaten wieder möglich.

Dem Leistungsberechtigten wird pauschal ein Bedarf von 110 Kilometer pro Monat bei maximal 20 Fahrten je Monat anerkannt. Nicht in Anspruch genommene Fahrten/Kilometer können innerhalb eines Quartals auf den Folgemonat übertragen werden.

Anbieter des Fahrdienstes für Menschen mit Behinderung in der StädteRegion Aachen

Es besteht eine Bindungsfrist von drei Monaten zu einem Fahrdienst. Der Wechsel des Fahrdienstes erfolgt durch Antrag bei der StädteRegion Aachen, Zollernstraße 10, Amt 50.5, 52070 Aachen.

Anbieter:

1. Deutsches Rotes Kreuz
Jens-Otto-Karg-Straße 13
52146 Würselen

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte **bis spätestens 16.30 Uhr** des Vortages **im Gebiet der Stadt Aachen** unter nachstehender **Telefonnummer: 0241 151111** und im ehemaligen Kreisgebiet unter folgender **Telefonnummer: 02405 6039300** an. Fahrten, die **nach 22:00 Uhr** geleistet werden sollen, melden Sie bitte bis spätestens **mittwochs 16:00 Uhr** an. Erfolgt eine Anmeldung nach den genannten Uhrzeiten, besteht kein Anspruch auf Berücksichtigung eines gewünschten Fahrdienstes.

2. Elka Reisen
Philipstraße 4
52068 Aachen

Die von Ihnen gewünschten Fahrten, die zwischen montags und freitags liegen, melden Sie bitte **bis 17:00 Uhr des Vortages** an. Fahrten, die **samstags oder sonntags** stattfinden sollen, kündigen Sie bitte bis **freitags 17:00 Uhr** unter folgender **Telefonnummer: 0241 9972 9915** an.

3. Kranken-, Rollstuhl-, und Behindertentransporte
Hilda Mathonet-Gronemeier
Jülicher Straße 50
52249 Eschweiler

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte bis **18:00 Uhr** des **Vortages** unter folgender **Telefonnummer: 02403 838464** an.

Zwei verschiedene Anbieter, Taxiunternehmen, sind von der Familie Mohnen mit derselben Anschrift und Telefonnummer:

4. Taxi Horst Mohnen
Schumannstraße 18a
520146 Würselen
5. Taxi Jürgen Mohnen
Schumannstraße 18a
520146 Würselen

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte **am selben Tag bis zwei Stunden vor der Fahrt**, unter folgender **Telefonnummer: 02405 72200** an.

6. Taxi Andreas Slabe
Gartenstr. 38
52249 Eschweiler

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte **am selben Tag bis zwei Stunden vor der Fahrt**, unter folgender **Telefonnummer: 02403 4400** an.

7. Euregio Fahrdienst UG
Königsberger Straße 7
52249 Eschweiler

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte **bis 12:00 Uhr** des **Vortages** unter folgender **Telefonnummer: 02403 7572720** an.

8. MediCare GmbH
Niederlassung Aachen
Alt-Haarener-Straße 190
52080 Aachen

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte **montags bis freitags** von **08:00 Uhr bis 18:00 Uhr** des **Vortages** unter folgender **Telefonnummer: 0241 9610580** an.

Änderungswünsche für **bestellte Fahrten** teilen Sie bitte nach 18.00 Uhr dem diensthabenden Fahrer unter der **Telefonnummer: 0177 - 959 35 69** mit.

9. RolliCare e.K.
vertreten durch Herrn Güngör Sahin
Brückstr. 35
52080 Aachen

Die von Ihnen gewünschten Fahrten melden Sie bitte **am selben Tag bis 2 Stunden vor der Fahrt**, unter folgender **Telefonnummer: 0241 / 95782000**, an.

Absagen von **reservierten Fahrten** müssen mindestens **1 Stunde** vorher erfolgen.

StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
A 50. 5
52090 AACHEN

Zutreffendes bitte ankreuzen

Antrag auf einen Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Behindertenfahrdiensten in der StädteRegion Aachen

Familienname:		Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Straße, H-Nr., PLZ, Wohnort:					
Telefon-Nr.:					
<input type="checkbox"/> Ich bin Inhaberin/ Inhaber eines Schwerbehindertenausweises			Der Ausweis trägt folgende Merkzeichen: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BI		
			und ist gültig bis:		
Ich benötige/ beantrage eine Tragehilfe: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			Ich benötige eine Begleitperson: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Ich bin auf einen Rollstuhl angewiesen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
Ich bin auf einen E -Rollstuhl angewiesen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
auf meinen Namen ist ein Kraftfahrzeug zugelassen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			Ich besitze ein eigenes Kraftfahrzeug: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
bei minderjährigen Kindern:					
auf die/ den Erziehungsberechtigte/n ist ein Kraftfahrzeug zugelassen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			die/ der Erziehungsberechtigte besitzt ein eigenes Kraftfahrzeug: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Ich beziehe Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII bzw. BVG/ andere Leistungen/ Hilfe zur Pflege/ Eingliederungshilfe (EGH)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Ich beziehe Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen/ Hilfe zur Pflege in einer Einrichtung (z.B.: Seniorenheim)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Es handelt sich um eine Einrichtung <input type="radio"/> der Eingliederungshilfe <input type="radio"/> zur Betreuung älterer Menschen					
Kostenträger meiner Heimpflegekosten ist:			Aktenzeichen:		
Ich erhalte Leistungen im Rahmen des betreuten Wohnens:			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Eine Kopie des Bewilligungsbescheides über die Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen nach SGB XII bzw. Grundsicherungsleistungen für Erwerbstätige SGB II ist beigefügt.					
Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises ist beigefügt.					
Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.					
Datum _____			Unterschrift, ggfls. d. Bevollmächtigten _____		
Die Verarbeitung der anzugebenden personenbezogenen Daten im Sinne des § 1 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie künftiger Änderungen dieser Daten ist mir bekannt.					

Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen zur Inanspruchnahme des Fahrdienstes für Menschen mit Behinderung

Familienname:		Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Straße, H-Nr., PLZ, Wohnort:					
Zur Ermittlung der Hilfsbedürftigkeit und der Höhe des gegebenenfalls von mir zu tragenden Eigenanteils mache ich folgende Angaben:					
Wohnsituation:					
<input type="checkbox"/> Ich lebe alleine.					
<input type="checkbox"/> In meiner Haushaltsgemeinschaft leben:					
1. Person					
2. Person					
3. Person					
Besonderheiten und weitere Personen sind gegebenenfalls auf einem Beiblatt zu erläutern					
<input type="checkbox"/> Ich lebe in einer Einrichtung (Heim)					
Einkommen:				Betrag	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rente					
<input type="checkbox"/> Betriebsrente					
<input type="checkbox"/> Pension					
<input type="checkbox"/> Zinseinkünfte					
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen					
<input type="checkbox"/> Unterhalt					
<input type="checkbox"/> Laufende Leistungen nach dem SGB XII oder vergleichbare Leistungen					
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen					
Monatliches Nettoeinkommen (der vorstehenden Personen):					
Kosten der Unterkunft (ggfs. Kosten der Heimunterbringung)					
<input type="checkbox"/> Kaltmiete (einschl. Nebenkosten ohne Heizung)					
<input type="checkbox"/> abzüglich Wohngeld					
<input type="checkbox"/> berücksichtigungsfähige Mietkosten					
<input type="checkbox"/> Besondere Belastungen					
Als Nachweis habe ich folgende Unterlagen dem Antrag beigefügt:					
<input type="checkbox"/> Einkommensbescheinigungen(Rentenbescheid, Lohnbescheinigung o. ä.)					
<input type="checkbox"/> Bescheinigung über die Höhe der Mietkosten oder Hauslasten					
<input type="checkbox"/> ggfs. Wohngeldbescheid/ Hauslastenbescheid					
<input type="checkbox"/> Leistungsbescheid					
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und erkläre mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten in einer (ggfs. automatisierten) Datei aufgenommen und für das Verwaltungsverfahren bearbeitet werden.					
Ort/ Datum			Unterschrift		

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung der Teilnahmeberechtigung am Fahrdienst für Menschen mit Behinderung

Familienname:	Vorname(n):	Geburtsdatum:
Straße, H-Nr., PLZ, Wohnort:		
<input type="checkbox"/> o.g. Patientin/ Patient ist nicht in der Lage öffentliche Verkehrsmittel (z.B. Bus) zu benutzen		
Begründung:		
<input type="checkbox"/> d. Antragstellerin/ Antragsteller ist auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen		
aufgrund folgender Diagnose:		
Datum _____	Stempel und Unterschrift _____	