

Antrag auf eine Fahrberechtigung

☐ Erstantrag

☐ Erneuerungsantrag

Wichtige Hinweise

- Vor dem Ausfüllen des Formulars bitte das Merkblatt für Antragsteller/innen gut durchlesen.
- Die Behandlung des Antrages ist nur möglich, wenn alle Fragen vollständig beantwortet sind.
- Bitte Foto anheften oder per Mail an: info@vitamove.ch

A. Fragen zur Person

Name / Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Strasse

Telefonnummer

IV-/AHV-Nr.

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

E-Mail-Adresse

Wir empfehlen Ihnen die Angabe der E-Mail-Adresse. Sie erhalten dann monatlich die Informationen über Ihr Fahrguthaben („Kontingent“) per E-Mail.

Kontaktperson für Rückfragen

Sprache

☐ Deutsch

☐ Français

☐ Englisch

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (zur IV/AHV)?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Krankenkasse-Zusatzversicherung (Krankentransporte)?

☐ Ja ☐ Nein

B. Fragen zur Mobilität

1. Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen?

☐ Ständig

☐ Zeitweise

☐ Nein

Falls zeitweise, unter welchen Umständen?

Benutzen Sie zu Fuss einen Rollator?

☐ Ja

☐ Nein

Falls nein, warum nicht?

2. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen?

(Tram, Bus, S-Bahn)

☐ Ja

☐ Nein

☐ Teilweise

Falls nein, aus welchen Gründen?

Falls teilweise, unter welchen Umständen?

3. Benötigen Sie bei der Benützung eines Personenaufos oder Behindertentaxis Unterstützung?

(z. B. Hilfe vom Wohnort bis zum Fahrzeug oder vom Fahrzeug zum Bestimmungsort)

Art der Unterstützung:

4. Welche Transportmittel benutzen Sie?

Transportmittel	Häufig	Selten	Nie
Zu Fuss	☐	☐	☐
Eigenes Auto	☐	☐	☐
Mitfahrt bei Ehepartner/in, Nachbarn, Bekannten usw.	☐	☐	☐
Taxi	☐	☐	☐
Öffentliche Verkehrsmittel	☐	☐	☐
Weitere: _____	☐	☐	☐

5. Welches sind die Zwecke der Fahrten?

☐ Arbeit

Wo? _____

☐ Therapie

Wo? _____

☐ Arztbesuche

Welche? _____

☐ Freizeit

z. B. _____

☐ Weitere

z. B. _____

6. Wohnsituation

☐ Im Heim

☐ Selbständig

7. Benutzen Sie alternative Fahrmöglichkeiten?

(z. B. Rotkreuz-Fahrdienst oder andere)

☐ Ja

☐ Nein

Falls nein, warum nicht?

8. Welche Finanzierungsmöglichkeiten bestanden bisher bzw. 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:

VitaMove GmbH
Bümplizstrasse 150
3018 Bern
info@vitamove.ch