

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon

Stadt-/Gemeindeverwaltung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Antrag auf Teilnahme am kostenlosen Behindertenfahrdienst der Main-Taunus-Verkehrs-GmbH (MTV)

Ich beantrage die Teilnahme am kostenlosen Behindertenfahrdienst der Main-Taunus-Verkehrs-GmbH.

- Ich besitze einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“.  
(Bei persönlicher Antragstellung bitte Schwerbehindertenausweis bzw. Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes vorlegen. Bei Antragstellung auf dem Postwege bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises - beide Seiten - oder des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes beilegen.)
- Ich besitze keinen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, bin aber dauernd auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen. (Bitte ärztliche Bescheinigung über die dauernde Notwendigkeit der Benutzung eines Rollstuhls beilegen.)
- Ich besitze **kein** eigenes Kraftfahrzeug.
- Ich bin in der Lage, mit dem Taxi zu fahren.
- Ich bin auf die Beförderung mit rollstuhlgerechten Behindertenfahrzeugen, besondere Hilfen auf dem Weg zum und vom Fahrzeug und/oder besondere Betreuung während der Fahrt angewiesen.

Angaben zum Einkommen (Anlage 1) und ein **Lichtbild** sind dem Antrag beigelegt.

Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, daß unrichtige Angaben bei der Antragstellung zum Ausschluß von der Teilnahme am kostenlosen Fahrdienst der Main-Taunus-Verkehrs-GmbH führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Nur von der Stadt-/Gemeindeverwaltung auszufüllen!

Stadt/Gemeindeverwaltung

Main-Taunus-Kreis  
Der Kreisausschuß  
Fachstelle Allgemeine Seniorenhilfe  
Amt 50-AS  
Postfach 1480

65704 Hofheim

- Die Angaben zu Person und Anschrift wurden überprüft und sind richtig.
- Der/Die Antragsteller(in) ist im Besitz eines amtlichen Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „aG“, bzw. eines Feststellungsbescheides mit dem Merkzeichen „aG“ ausgestellt vom
- Versorgungsamt \_\_\_\_\_
- am \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_
- Eine ärztliche Bescheinigung über die dauernde Notwendigkeit der Benutzung eines Rollstuhls ist diesem Antrag beigelegt.
- Ein Lichtbild liegt bei.
- Angaben zum Einkommen (Anlage 1) liegen bei. Belege zum Einkommen wurden vorgelegt und überprüft.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter

Nur vom Main-Taunus-Kreis auszufüllen, wenn Antragstellerin/Antragsteller auf Rollstuhl angewiesen ist.

Fachstelle Allgemeine Seniorenhilfe  
50.AS

**Amt 53  
Amtsarzt**

**im H a u s e**

- Die Notwendigkeit der dauernden Benutzung eines Rollstuhls wird bestätigt.
  
- Die Teilnahme des Antragstellers/der Antragstellerin am kostenlosen Behindertenfahrdienst der Main-Taunus-Verkehrs-GmbH wird **nicht** befürwortet weil

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Amtsärztin/Amtsarzt

**Urschriftlich zurück an  
Fachstelle Allgemeine Seniorenhilfe  
Amt 50.AS**

**im H a u s e**

**Main-Taunus-Verkehrs-GmbH**

**im H a u s e**

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller ist zur Teilnahme am kostenlosen Behindertenfahrdienst der Main-Taunus-Verkehrs-GmbH berechtigt.
- Die Antragstellerin/Der Antragsteller hat Anspruch auf monatlich \_\_\_\_\_ Fahrscheine für Taxifahrten.
- Die Antragstellerin/Der Antragsteller hat Anspruch auf monatlich \_\_\_\_\_ Fahrscheine für Behindertenfahrzeuge.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter