Geschäftsstelle: KBB Ruchfeldstrasse 15 4142 Münchenstein

kbb@kbb-basel.ch www.kbb-basel.ch 061 222 20 55



KBB KOORDINATIONSSTELLE FAHRTEN FÜR MOBILITÄTSEINGESCHRÄNKTE PERSONEN BEIDER BASEL

Antrag Anspruchsberechtigung für Freizeitfahrten

□ Erstantrag	Erneuerungsantrag
Hinweise: Die Behandlung de sind.	es Antrages ist nur möglich, wenn alle Fragen vollständig beantwortet
 Bitte in Blockschrift 	schreiben
Fragen zur Pe	erson
Name	Vorname
Zusatz (c/o, He	eim usw.)
Strasse / Nr	
PLZ	Ort
Telefonnumme	er Privat Mobil
E-Mail	
Geburtsdatum	١
(falls die <u>schrift</u>	zadresse (optional) Hiche Information an eine abweichende Adresse gehen soll)
Name	Vorname
Strasse / Nr	
PLZ	Ort
Telefonnumme	erMobil
E-Mail	
E∨tl. Kontaktp €	erson für Rückfragen:
Bitte nicht ausfüllen!	_
Abgabe des Ausweises	☐ Befristet bis
RI	FI FA FA

Nur auszufüllen für Antragsstellende, die im Kanton Basel-Landschaft wohnhaft sind:			
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (zur IV/AHV)?			
□ ja □ nein	Wenn Sie die Frage mit nein beantwortet haben: Reichen Sie bitte zusätzlich zum Antrag aktuelle Details zur definitiven Veranlagungsverfügung der Staatsteuer des Kantons Basel-Landschaft als Beilage ein. Es besteht eine Einkommens- und Vermögensgrenze. Wenn Sie die Frage mit ja beantwortet haben: Reichen Sie bitte zusätzlich zum Antrag die Verfügung über die Ergänzungsleistungen als Beilage ein. Es besteht eine Einkommens- und Vermögensgrenze. Diese gilt als erfüllt, wenn Sie Ergänzungsleistungen beziehen.		

Hinweis für Antragsstellende, die im Kanton Basel-Stadt wohnhaft sind:

Dem Erstantrag muss eine **Wohnsitzbescheinigung des Kantons Basel-Stadt** beigelegt werden. Wenn Ihr Hauptwohnsitz nicht im Kanton Basel-Stadt liegt, bitten wir Sie, sich bei der Geschäftsstelle der KBB zu melden.

Das Vorgehen zum Erlangen dieser Bescheinigung entnehmen Sie bitte dem beigelegten Infoblatt.

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die KBB-Geschäftsstelle, im Bedarfsfall Rücksprache mit meiner behandelnden Ärztin oder meinem behandelnden Arzt und/oder mit einer sozialen Dienststelle zu nehmen. Ich bin mit der Bearbeitung von Daten zu meiner Person und zu den subventionierten Fahrten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
X	X

Bitte schicken Sie den **komplett ausgefüllten Antrag** inkl. **ärztliche Bescheinigung** und **Beilagen** an die Geschäftsstelle:

KBB Geschäftsstelle, Ruchfeldstrasse 15, 4142 Münchenstein

Ärztliche Bescheinigung (bitte von der Ärztin/dem Arzt ausfüllen lassen)

Bitte in	Blockschrift schreiben		
	Name	Vor	name
	Geburtsdatum		
vergür ausgei einges Bahn) Die Ka öffentl selbsts Seit 20 • Ho • Ein	nen mit Mobilitätseinschastigten Fahrten mit ak richteten Subventioner schränkter Personen, d nicht selbstständig ber intone und Transportur ichen Verkehrs. Die Ho tändiger Einstieg mögl tänd alle Haltesteller he Kante, welche einer und Ausstieg mit Eins	nternehmen verbessern laufend die altestellen werden schrittweise umge ich ist. In mit einer der drei folgenden Mögli en selbstständigen Ein- und Ausstieg atz der Klapprampe und Hilfestellung	. Die von den Kantonen izeitfahrten mobilitäts- öffentlichen Verkehr (Tram, Bus, S- hindernisfreie Zugänglichkeit des baut, sodass ein ebenerdiger, chkeiten zugänglich: ermöglicht g durch das Fahrpersonal
• Be	förderung mit Shuttle k	ois zur nächsten grösseren Haltestelle	
Da de folgen • Die nic ist i zur • Die sek Vo	den Kriterien für eine E e Haltestelle ist nicht er cht möglich, da sie eine nicht erfüllt, wenn die n ücklegen kann. e Orientierung im öffen nbehinderte Personen traussetzungen für eine e Handhabung von Be	eit 2024 grundsätzlich hindernisfrei zu Berechtigung zu erfüllen: reichbar: Für die Person ist das selbst e Strecke von 200m (Richtwert) nich Person diese Distanz mit einem Rolla etlichen Raum ist nicht selbstständig i sind zusätzlich die von der IV für Seh e Hilflosenentschädigung leichten Gi dienungselementen (z.B. Türöffner) i ug ist nicht ohne Begleitung möglich	t zurücklegen kann. Dieses Kriterium tor oder Rollstuhl selbstständig möglich. Für Blinde und behinderte formulierten rades zu erfüllen. st nicht möglich.
1.	(aufgrund von körp	de Person ausserhalb der Wohnr erlichen, sinnesbedingter, psychi n) so eingeschränkt, dass sie die ö zen kann?	schen oder kognitiven
	□ ja	☐ teilweise/mit Hilfe	☐ nein
	Wenn ja, warum? Wenn teilweise, unt	er welchen Umständen oder mit	welchen Hilfsmitteln?
2.	Verkehrs selbstständ körperlichen, sinnes selbstständig bewe	llende Person die nächstgeleger dig erreichen, d.h. kann sie sich ir bedingten, psychischen oder ko gen und eine Strecke von ca. 20 nit Rollator oder Rollstuhl?	n öffentlichen Raum (trotz gnitiven Beeinträchtigungen)
	□ ja	☐ teilweise/mit Hilfe	☐ nein

Wenn nein, warum nicht? Wenn teilweise, unter welchen Umständen oder mit welchen Hilfsmitteln?

3.	Kann sich die antragstellende Person im öffentlichen Raum selbstständig orientieren?			
	□ ja	☐ teilweise/mit Hilfe	☐ nein	
	Wenn nein, war Wenn teilweise,	um nicht? unter welchen Umständen o	der mit welchen Hilfsmitteln?	
4.	Art der Mobilitä	tseinschränkung:		
	☐ Gehbehinde	erung	☐ Sehbehinderung	
	☐ kognitive Be	einträchtigung	psychische Beeinträchtigung	
	andere Beei	☐ andere Beeinträchtigung:		
5a.		erung: ist die antragsstellende eiten auf einen <u>Rollstuhl</u> ange teilweise		
	Wenn teilweise,	unter welchen Umständen?		
	ausserhalb der	eilweise: welche Art von Rollst Wohnräumlichkeiten? I 🗖 Handrollstuhl mit Zugg	uhl benutzt die antragsstellende Person gerät 🔲 Elektrorollstuhl	
	und benötigt fü Die antragss	ellende Person kann den Roll r den Transport ein angepass tellende Person kann auf ein	stuhl während der Fahrt nicht verlassen tes Fahrzeug. en Sitz im Fahrzeug umsteigen, der gewöhnliches Taxi ist deshalb	
5b.		erung: benutzt die antragsste eiten einen <u>Rollator</u> ? u teilweise	llende Person ausserhalb der	
	Wenn teilweise, Wenn nein, war	unter welchen Umständen? um nicht?		

6.	Ist die Mobilitätseins	Mobilitätseinschränkung			
	☐ irreversibel☐ progressiv	oder oder	□ vorübergehend□ stabil		
	Wenn vorübergehe	nd, voraussichtli	iche Dauer?		
Vollstö			nder Arzt bestätige die Richtigkeit und EKenntnisnahme der Hinweise und		
Ort / [Datum		Stempel der Praxis Name Ärztin / Arzt Unterschrift Ärztin / Arzt		