

**Stadt Köln**  
Die Oberbürgermeisterin  
Amt für Soziales, Arbeit und Senioren  
Abteilung für Eingliederungshilfe  
Ottmar-Pohl- Platz 1  
51103 Köln

**Antrag auf Mobilitätshilfe nach  
§§ 113 Absatz 2 Nr. 7,  
114 in Verbindung mit  
§ 83 Sozialgesetzbuch  
Neuntes Buch (SGB IX)**

Telefax 0221 / 221-6527468

### Angaben zur antragstellenden Person

Familienname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Telefaxnummer	E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Familienstand	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	-- <input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Schwerbehindertenausweis

Ich besitze einen Schwerbehindertenausweis

mit dem Merkmal aG  
weitere Merkmale können eingetragen sein.

mit den Merkmalen „G“ und „B“ sowie „H“ und einem eingetragenen Grad der  
Behinderung von 100%.  
Außerdem habe ich eine Bescheinigung meines Facharztes über die Einstufung als  
geistig behinderter Mensch als Anlage beigefügt.

### Frühere Leistungen zur Eingliederung

Ich habe in der Vergangenheit Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt  
oder erhalten

nein  ja, von

Frühere Anschrift

Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

zuzug nach Köln am

### Ich erhalte Leistungen

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII).

ja, unter dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_  nein

nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)

ja, unter dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_  nein

nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

Dazu gehören auch Hilfen zum selbstständigen Wohnen, die gegebenenfalls durch den Landschaftsverband Rheinland gewährt werden

ja, unter dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_  nein

### Ich verfüge über folgende Einkünfte

Einkommensart	Monatliche Einkommenshöhe in Euro
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte fügen Sie den Einkommenssteuerbescheid des Vorvorjahres oder gegebenenfalls Nachweise zur Bruttorente des Vorvorjahres bei. Falls diese nicht vorliegen oder die aktuellen Einkünfte erheblich von den Einkünften des Vorvorjahres abweichen, weisen Sie bitte das aktuelle Einkommen nach.

### Ich wohne

allein  mit folgenden weiteren Personen im Haushalt zusammen:  
Angaben zum Einkommen nur bei Eltern von minderjährigen Kindern, bei Ehe- oder Lebenspartnern oder bei Partnern einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft.

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	Einkommensart	monatliche Einkommenshöhe
_____	_____	_____
Familiennamen	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	Einkommensart	monatliche Einkommenshöhe
_____	_____	_____
Familiennamen	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	Einkommensart	monatliche Einkommenshöhe
_____	_____	_____



**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahr sind.**

Mir ist bekannt, dass diejenige Person, die Sozialleistungen beantragt oder erhält, alle Tatsachen anzugeben hat, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zustimmen muss (§ 60 Absatz 1 Sozialgesetzbuch -SGB- I). Mir ist bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen erstatten muss.

Geeignete Nachweise über meine vorstehenden Angaben zum Einkommen, Vermögen, Unterkunftskosten sowie eine Kopie des Feststellungsbescheides der Schwerbehindertenstelle der Stadt Köln oder meines aktuellen Schwerbehindertenausweises füge ich bei. Ebenfalls beigefügt ist die eingangs genannte fachärztliche Bescheinigung.

Ich bin dazu verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - zum Beispiel Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Absatz 1 Nummer. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

**Zahlungen bitte ich wie folgt zu leisten**

Kontoinhabende Person

IBAN der Kontoinhabenden Person

DE

Beachten Sie bitte die für dieses Verfahren geltenden Hinweise zum Datenschutz nach Artikel 13 beziehungsweise Artikel 14 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung).

Link zur Datenschutzerklärung

Ort und Datum

Unterschrift der antragstellenden, betreuenden oder erziehungsberechtigten Person