

An  
Kreis Mettmann  
Der Landrat  
Amt für Menschen mit Behinderung  
40806 Mettmann

## Antrag auf Übernahme der Kosten eines Kraftknotensystems

für  
Name, Vorname \_\_\_\_\_

**Rechtsgrundlage sind die §§ 60 ff SGB I:** Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält unterliegt einer Mitwirkungspflicht. Gemäß § 66 (1) SGB I kann bei fehlender Mitwirkung des Betroffenen gemäß § 60 SGB I die Leistung ganz oder teilweise versagt bzw. entzogen werden, wenn durch die fehlende Mitwirkung die Aufklärung des Sachverhaltes erschwert bzw. die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich bestätige den Empfang Ihres Schreibens vom \_\_\_\_\_ und gebe wahrheitsgemäß folgende Auskünfte:

### Für welche Fahrten wird das Kraftknotensystem benötigt?

1.  Beförderung zu einer Werkstatt für Behinderte (WfB)
2.  Beförderung zur Krankenbehandlung

**Warum kann der Antragsteller nur mit Hilfe eines Behindertenfahrdienstes zur Krankenbehandlung befördert werden?**

**Welche Ärzte bzw. Fachärzte werden aufgesucht?**

**Wo befindet sich die Praxis?**

**Warum kann die Praxis weder mit öffentlichen Verkehrsmitteln noch mit Hilfe eines privaten PKW erreicht werden?**

**Ist der Erfolg der Krankenbehandlung davon abhängig, dass der Antragsteller von einem Behindertentransportwagen zur Praxis gebracht wird?**

**Können grundsätzlich im Nahbereich ansässige Ärzte aufgesucht werden?**

3.  Beförderung zur Schule

**Besteht noch allgemeine Schulpflicht?**

**Welche Schule wird besucht?**

**Wieso ist die Schule weder mit öffentlichen Verkehrsmitteln noch mit Hilfe des Rollstuhls, noch mit einem privaten PKW zu erreichen?**

4.  Beförderung zu Freizeitaktivitäten

5.  Sonstiges (bitte erläutern):

**Wurde das Kraftknotensystem ärztlich verordnet?**

ja

nein

**Hat die Krankenkasse die Kosten des Rollstuhls übernommen?**

ja

nein

**Wurde das Kraftknotensystem bei der Krankenkasse beantragt?**

**(bitte schriftliche Ablehnung der Krankenkasse vorlegen, falls noch nicht erfolgt)**

ja

nein

**Hat der Behindertenfahrdienst in Aussicht gestellt, dass der Antragsteller künftig ohne Kraftknoten nicht mehr befördert wird, weil die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen nicht mehr eingehalten sind?**

ja

nein

**Erläuterungen/Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)