

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

für die eigene Person

Hiermit beantrage ich, _____

Geburtsdatum/- ort: _____

Anschrift: _____

mich von der Ausweispflicht zu befreien.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erforderliche Nachweise:

- (in der Gültigkeitsdauer abgelaufener) Personalausweis zur Entwertung und Wiederaushändigung
- Erklärung über den Gesundheitszustand vom Hausarzt, Pflegeheim oder Krankenhaus (s. unten)

als Betreuer/ -in bzw. Bevollmächtigte/ r für eine betreuende/ bevollmächtigte Person

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

Frau/ Herrn _____

Geburtsdatum/- ort: _____

Anschrift: _____

diese/n von der Ausweispflicht zu befreien.

weil für sie/ihn ein/e Betreuer/ -in nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt wurde (Nachweis 1+2 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

weil sie/er handlungs- oder einwilligungsunfähig ist und von einer mit öffentlichen Vollmacht bevollmächtigten Person vertreten wird (Nachweis 1+2 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

weil sie/er voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, Pflegeheim bzw. einer ähnlichen Einrichtung oder in häuslicher Pflege untergebracht wird (Nachweis 1+2+3 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

weil sie/er sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann (Nachweis 1+2+3 erforderlich, s. „Erforderliche Nachweise“)

Daten der Betreuerin/ des Betreuers bzw. der Bevollmächtigten/ des Bevollmächtigten:

Vor-/ Nachname: _____

Geburtsdatum/- ort: _____

Anschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erforderliche Nachweise:

- Bestellurkunde bzw. Vertretungsvollmacht sowie Personalausweis der vertretungsbevollmächtigten Person
- (in der Gültigkeitsdauer abgelaufener) Personalausweis zur Entwertung und Wiederaushändigung
- Erklärung über den Gesundheitszustand vom Hausarzt, Pflegeheim oder Krankenhaus (s. unten)

Erklärung über den Gesundheitszustand (vom Arzt, Pflegeheim oder Krankenhaus auszufüllen)

Hiermit wird bestätigt, dass (Name Patient/ -in bzw. Bewohner/ -in)

Frau/ Herr _____

dauerhaft in einem Pflegeheim, Krankenhaus bzw. einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege lebt

sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.