

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

STADT GÖTTINGEN | 37070 GÖTTINGEN

☐ für die eigene Person

Hiermit beantrage ich, _____,

geb. am _____, wohnhaft _____

mich von der Ausweispflicht zu befreien.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Erforderliche Nachweise:

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

☐ als Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/r

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person von

Herrn / Frau _____ geb. am _____,

wohnhaft _____

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. unten)

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

☐ 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. unten)

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

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

Name, Vorname	
Geb. am:	
Wohnhaft:	

Datum: _____ Unterschrift: _____

Erforderlicher Nachweis:

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

☐ Erklärung über den Gesundheitszustand

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

- ☐ 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, Stempel Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.