

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

von der Ausweispflicht befreit zu werden, da ich mich aufgrund meiner körperlichen Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann. ^{1) 3)}

Datum

Unterschrift

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Die Befreiung von der Ausweispflicht, weil

für o.G. eine Betreuung bestellt ist ^{1) 2) 4)}

o.G. voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus/Pflegeheim untergebracht ist ^{1) 2) 4)} oder ^{1) 3) 4) 5)}

o.G. sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann. ^{1) 2) 4)}

Datum

Unterschrift

Folgende Unterlagen sind beizufügen:

- 1) Gültige/ungültige Ausweisdokumente
- 2) Betreuerausweis oder öffentlich beglaubigte Vorsorgevollmacht
- 3) Attest über die Immobilität z.B. Hausarzt, Krankenhaus, Pflegeheim o. Pflegedienst (s. Seite 3)
- 4) gültiges Ausweisdokument der Person, die den Befreiungsantrag vorlegt
- 5) Vollmacht, dass die beauftragte Person die Befreiung von der Ausweispflicht vornehmen darf (s. Seite 2)

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Herrn

Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Den Antrag über die Befreiung von der Ausweispflicht gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 3 des Gesetzes über Personalausweise (PAuswG) für mich abzugeben / zu stellen.

Datum

Vollmachtgeber

Attest über die Immobilität

Hiermit wird für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Eine Befreiung von der Ausweispflicht gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über Personalausweise (PAuswG) befürwortet,

da o. G. sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen kann.

Da o. G. voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus / Pflegeheim untergebracht ist.

(Stempel)

Datum

Unterschrift Hausarzt /
Pflegeheim o. Pflegedienst