

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

für

| | | | |
|---------------------|--|---|--|
| Name, Geburtsname: | | | |
| Vorname(n): | | | |
| Geburtsdatum, -ort: | | , | |
| Anschrift: | | | |

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Ausweispflicht, da ich mich auf Grund körperlicher Behinderung nicht mehr in der Öffentlichkeit bewegen kann (Bestätigung - siehe unten).

Als Vertreter(in)/Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) beantrage ich

| | | | |
|---------------------|--|---|--|
| Name, Geburtsname: | | | |
| Vorname(n): | | | |
| Geburtsdatum, -ort: | | , | |
| Anschrift: | | | |

die o.g. Person von der Ausweispflicht zu befreien.

BEGRÜNDUNG:

- Ich bin als betreuende Person (Betreuerin / Betreuer) nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt worden.
Notwendige Unterlagen:
 1. Personalausweis der betreuten Person
 2. Bestellungsurkunde
- Die betreute Person ist handlungs- oder einwilligungsunfähig und wird von mir mit öffentlich beglaubigter Vollmacht vertreten.
 1. Personalausweis der betreuten Person
 2. öffentlich beglaubigte (Vorsorge-) Vollmacht (öffentlich beglaubigen können Notare und die Betreuungsbehörden)
 3. Nachweis des Arztes über die Handlungs- oder Einwilligungsunfähigkeit (kann z.B. auf der Vorsorgevollmacht bestätigt werden)
- Die betreute Person ist voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. in einer ähnlichen Einrichtung oder in der häuslichen Pflege untergebracht.
 1. Personalausweis der betreuten Person
 2. Vollmacht oder Bestellungsurkunde
 3. Bestätigung der Pflegeeinrichtung (siehe unten)
- Die betreute Person kann sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen.
 1. Personalausweis der betreuten Person (auch, wenn der Ausweis abgelaufen ist)
 2. Vollmacht oder Bestellungsurkunde
 3. Bestätigung des Arztes (siehe unten)

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Bestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass die Bewegungsfreiheit von Frau/Herrn

so stark eingeschränkt ist, dass kein Bedürfnis für die Personenfeststellung oder die Verwendung eines Ausweises im Rechtsverkehr zu erwarten ist.

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes oder der Pflegeeinrichtung