

# Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

## Antragssteller/in:

- Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
wohnhaft: \_\_\_\_\_  
Tel. für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
von der Ausweispflicht befreit zu werden, da ich mich aufgrund meiner körperlichen Behinderung nicht mehr in der Öffentlichkeit bewegen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

oder

## Bevollmächtigte Person:

- Hiermit beantrage ich:  
Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
wohnhaft: \_\_\_\_\_  
Tel. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

folgende Person:

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
wohnhaft: \_\_\_\_\_

von der Ausweispflicht zu befreien, weil

- er/sie unter Betreuung gestellt wurde \_\_\_\_\_
- er/sie wegen einer körperlichen Behinderung auf Dauer in
  - einem Krankenhaus / Heim untergebracht ist (oder)
  - zu Hause in Pflege ist

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

### **Bitte folgende Unterlagen unbedingt vorlegen:**

- **Nachweis über die Immobilität** (z.B. u.g. Erklärung über den Gesundheitszustand oder separate Bescheinigung vom Hausarzt, Krankenhaus, Pflegeheim, Pflegedienst oder sonstige Nachweise)
- **Ungültiges Ausweisdokument** (sofern noch vorhanden)
- **Eine Vollmacht, dass Sie die Befreiung von der Ausweispflicht vornehmen dürfen** (z.B. Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht / Generalvollmacht)

## Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

- dauerhaft in einem Pflegeheim, Krankenhaus bzw. einer ähnlichen Einrichtung oder in häuslicher Pflege lebt.
- sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift und Stempel** Arzt, Pflegeheim, Krankenhaus etc.