

Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht gemäß § 1 Abs. 3 PAuswG

Amt Löcknitz – Penkun
Einwohnermeldeamt
Chausseestraße 30
17321 Löcknitz

Erforderliche Unterlagen

- ungültiger Ausweis des/der Betroffenen
- ggf. Betreuerausweis, Vertretungs-/Betreuungsvollmacht o.ä.
- ggf. Bestätigung über die Immobilität (s. unten)
- ggf. Ausweis/Pass der bevollmächtigten Person

Angaben zur betroffenen Person:

| | | |
|---|------------|-------------------------|
| Familienname, Doktorgrad, Vorname(n), ggf. Geburtsnamen | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Staatsangehörigkeit(en) |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | | |

Hiermit wird beantragt, die oben genannte Person von der Personalausweispflicht zu befreien, da
(Zutreffendes bitte ankreuzen A - D)

- A** für sie ein Betreuer mit den Aufgabenkreisen Aufenthaltsbestimmungsrecht bzw. alle Angelegenheiten angeordnet wurde.
- B** diese handlungsunfähig oder einwilligungsunfähig ist und von jemandem vertreten wird, für den eine öffentlich beglaubigte Vollmacht vorliegt.
- C** sie voraussichtlich dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht ist.

Name(n) und Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten/ der Einrichtung

| |
|--|
| |
|--|

- D** sie sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann.

| | |
|---------------|---|
| Ort und Datum | Unterschrift Betroffene/r, Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in |
|---------------|---|

Bestätigung zur Immobilität

Es wird bestätigt, dass

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Familienname, Vorname(n), Geburtsdatum des/der Betroffenen

| |
|--|
| |
|--|

- wegen andauernder Immobilität in einem Krankenhaus/Pflegeheim untergebracht oder zu Hause in Pflege ist.
- sich wegen einer andauernden Behinderung nicht mehr allein in der Öffentlichkeit bewegt.

| | |
|---------------|---|
| Ort und Datum | Unterschrift/Stempel des Arztes, Pflegeheim/-dienstes, Krankenhauses etc. |
|---------------|---|