

## Persönliche Daten:

Name:  Vorname:

Geburtsname:  frühere Namen:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

derzeitiger Aufenthaltsort:

Telefon:  Handy:

Personalausweis ausgestellt von  gültig bis:

Reisepass ausgestellt von:  gültig bis:

Bank:  Kto.:  BLZ:

## Gericht

Name des Gerichts:

Beschluss des Amtsgerichts vom  Az.:  XVII

Rechtspfleger/in:  Tel.:

Richter/in:  Tel.:

Aufgabenkreise:  Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

Vermögenssorge

Postangelegenheiten

Einwilligungsvorbehalt für die Aufgabenkreise:

## Wohnung:

Vermieter:  Telefon:

Kostenträger:  Az.:

Hausverwaltung:  Tel.:

Wohngeld:  Az.:

## Kranken- und Pflegekasse:

Krankenkasse:  Mitgliedsnummer:

Tel.:  Fax:

Zuzahlungsbefreiung? bis  verlängert am :

Beihilfestelle:  Az.:

Pflegekasse:  Az.:

Telefon:  Fax:

## Ämter und Behörden

Sterbevorsorge bei:  Az.:

Rundfunkgebührenbefreiung:

Az.:  befreit bis:  beantragt am:

Telefonermäßigung:

Az.:  ermäßigt bis:  beantragt am:

Rentenversicherungsnummer:

Schwerbehindertenausweis:

Amt f. soz. Angelegenheiten  Az.:

gültig bis:  Grad der Behinderung:  Merkzeichen

Sonstige Ausweise / Ermäßigungen:



**Krankenhausaufenthalte:**

Name und Adresse	Telefon:	Vermerk:

**Unterbringungen:**

Beginn	Genehmigung vom	Einrichtung	Ende der Genehmigung	entlassen am

**Unterbringungsähnliche Maßnahmen:**

Art der Maßnahme	Genehmigung vom	Einrichtung	Ende der Genehmigung	Beendet am

**Arbeitgeber:**

Name und Adresse	Telefon:	Vermerk:

### Monatliche Einnahmen:

Name des Einzahlers	Art der Einnahme:	Betrag:

### Monatliche Ausgaben:

Name des Empfängers	Art der Ausgabe:	Betrag:

### Vermögen:

Bezeichnung des Vermögens	Kontonummer	Betrag: