

Büro der Behindertenanwältin

|  |
| --- |
| **Familienname:** |
| **Vorname:** |
| **Versicherungsnummer und Geburtsdatum:** |
| **Adresse:** |
| **Tel/Fax:** |
| **E-Mail:**  |
| **Wird ein/e Gebärdensprachdolmetscher/in benötigt? Ja oder Nein?** |
| **Bitte, wenn gegeben, angeben ob Sie einen gesetzliche/r Vertreter/in, bevollmächtigte/r Vertreter/in (Vollmacht liegt bei) oder einen Erwachsenenvertreter/in bzw. Sachwalter/in haben** Art der Vertretung:Name:Adresse:Telefonnummer:E-Mail: |
| **Bei welchen Stellen/öffentlichen Einrichtungen haben Sie Ihr Anliegen bereits vorgebracht?****Grad der Behinderung:****Art der Behinderung:****Ihr Anliegen:** |
| **Datum:** |