G E M E I N D E R A B E N A U

Befreiung von der Ausweispflicht (Betreuer/Vollmacht)

Hiermit bitte ich:

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Geb.datum & -ort:	

als Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r für nachstehende Person, diese von der Ausweispflicht zu befreien.

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Geb.datum & -ort:	

Begründung:

☐ **Ich bin als betreuende Person nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt worden.**
Notwendige Unterlagen:
1. Personalausweis der betreuten Person
2. Bestellungsurkunde

☐ **Die betreute Person ist handlungs- oder einwilligungsfähig und wird von mir mit öffentlich beglaubigter Vollmacht vertreten.**
Notwendige Unterlagen:
1. Personalausweis der betreuten Person
2. Öffentlich beglaubigte (Vorsorge-)Vollmacht
3. Nachweis des Arztes/der Ärztin über die Handlungs- oder Einwilligungsfähigkeit (kann z. B. Auf der Vorsorgevollmacht bestätigt werden)

☐ **Die betreute Person kann sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht allein in der Öffentlichkeit bewegen.**
Notwendige Unterlagen:
1. Personalausweis der betreuten Person
2. Vollmacht oder Bestellungsurkunde
3. Bestätigung des Arztes/der Ärztin

Datenschutzhinweis und Einwilligung zur Datenerhebung

Die oben genannten Daten werden für den Zweck der Befreiung von der Ausweispflicht (Betreuer/Vollmacht) erhoben und gespeichert. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Sie sind jederzeit berechtigt, gegenüber der Gemeine Rabenau, Datenschutzbeauftragte Sophie van Moll, datenschutz@rabenau.de, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer

Person gespeicherten Daten zu bitten. Zudem können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Weitere Hinweise zur Datenerhebung und -speicherung in der Datenschutzerklärung unter www.gemeinde-rabenau.de/datenschutz.

Ort, Datum und Unterschrift (Betreuer/in, Bevollmächtige/r)

Erklärung über den Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass die oben an zweiter Stelle genannte Person

☐ **dauerhaft in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim bzw. einer ähnlichen Einrichtung untergebracht ist oder in der häuslichen Pflege lebt.**

☐ **sich wegen einer dauerhaften Behinderung nicht alleine in der Öffentlichkeit bewegen kann.**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
(Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Pflegeheim)