

# Antrag auf Befreiung von der Ausweispflicht

gem. § 1 Abs. 3 Personalausweisgesetz (PAuswG)

---

## Betroffene Person:

Familienname: .....

Vornamen: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Wohnanschrift: .....

.....

### für die eigene Person

Hiermit beantrage ich, von der Ausweispflicht befreit zu werden, da ich mich aufgrund meiner körperlichen Behinderung auf Dauer nicht mehr ohne fremde Hilfe in der Öffentlichkeit bewegen kann.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

### bei Beantragung durch Dritte

Hiermit beantrage ich als betreuende bzw. bevollmächtigte Person, Herrn/Frau

.....

von der Ausweispflicht zu befreien, weil er/sie wegen einer körperlichen Behinderung auf Dauer

- in einem Krankenhaus/Heim untergebracht ist,
- zu Hause in Pflege lebt,

und sich dadurch nicht mehr ohne fremde Hilfe in der Öffentlichkeit bewegen kann.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## Als Unterlagen sind mit diesem Antrag vorzulegen:

1. Ein Nachweis des Hausarztes über den Gesundheitszustand des Betroffenen.
2. Der Personalausweis bzw. Reisepass des Betroffenen.
3. Bei Beantragung durch Dritte: eine Vollmacht, dass Sie die Befreiung von der Ausweispflicht vornehmen dürfen bzw. der aktuelle Betreuerausweis.
4. Gültiges Ausweisdokument der Person, die den Befreiungsantrag vorlegt.
5. Gebühr in Höhe von 11,00 Euro

# Ärztliche Bescheinigung über Befreiung von der Ausweispflicht

---

## Betroffene Person:

Familienname: .....

Vornamen: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Wohnanschrift: .....

.....

Als behandelnder Arzt bestätige ich hiermit, dass die oben genannte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, zum Zwecke der Beantragung eines neuen Personalausweises bzw. Reisepasses in der Meldebehörde persönlich vorzusprechen.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, die eine persönliche Beantragung zu einem späteren Zeitpunkt ermöglicht, ist nicht absehbar.

Ich befürworte eine Befreiung von der Ausweispflicht, da sich die betreffende Person aufgrund ihrer Behinderung auf Dauer nicht mehr ohne fremde Hilfe in der Öffentlichkeit bewegen kann.

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes