

Absender:

| | |
|-----------------------------|---------|
| Vorname, Name | |
| Straße, Haus-Nr. | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | Telefax |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | |

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –****Antrag auf Genehmigung der Wohnungskündigung und -auflösung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin die/der vom Betreuungsgericht bestellte Betreuerin/Betreuer für

 Herr Frau

| | |
|---|--------------|
| Name, Vorname der/des Betreuten | Geburtsdatum |
| Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts | |

In dieser Eigenschaft bitte ich um die Genehmigung zur Kündigung und zur Auflösung der Wohnung

| |
|---------------------------------------|
| Anschrift und Bezeichnung der Wohnung |
|---------------------------------------|

der/des Betreuten.

Die Kündigung der Wohnung ist notwendig, weil die/der Betreute

 am _____ dauerhaft in eine angemessene Wohnung ziehen wird.

| |
|-----------------------------|
| Anschrift der neuen Wohnung |
|-----------------------------|

 am _____ dauerhaft in ein Zimmer in einem Wohnheim ziehen wird.

| |
|---|
| Anschrift und Bezeichnung des Wohnheims |
|---|

 am _____ für die Zeit vom _____ bis zum _____

in ein Zimmer in einem Wohnheim oder in eine therapeutische Einrichtung ziehen wird.

Eine dauerhafte Wohnung/Unterkunft im Anschluss an diesen Langzeitaufenthalt

 ist gesichert. ist noch nicht gesichert. wird voraussichtlich bis zum _____ gesichert sein. am _____ in ein Alten- und Pflegeheim umziehen wird.

| |
|--------------------------------------|
| Anschrift und Bezeichnung des Heimes |
|--------------------------------------|

Eine Rückkehr in die bisherige Wohnung ist nicht mehr möglich.

Begründung:

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

Die Versorgung und Pflege in der eigenen Wohnung ist nicht mehr länger möglich.

Begründung:

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

Eine fachärztliche Stellungnahme von

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Name, Vorname | Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | Telefon-Nr. |
|---------------|--|-------------|

Datum der Erstellung

vom aus der sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit der Wohnungskündigung und -auflösung und die vorliegende Erkrankung ergibt

liegt bei

liegt bereits vor

liegt nicht bei

wird nachgereicht bis zum

Behandelnder Arzt der/des Betreuten:

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Name, Vorname | Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | Telefon-Nr. |
|---------------|--|-------------|

Eine hohe Dringlichkeit ist geboten?

Nein

Ja

Falls ja, Begründung:

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

Mit freundlichen Grüßen

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|---|
| Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers |
|---|