

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –****Absender:**

Vorname, Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail (freiwillige Angabe)

☐ **Anzeige der Absicht, den von der/dem Betreuten selbst genutzten Wohnraum aufzugeben
(§ 1833 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB -)**☐ **Antrag auf Genehmigung**☐ **Kündigung des Mietverhältnisses**☐ **Willenserklärung zur Aufhebung des Mietverhältnisses**☐ **Vermietung des Wohnraums**☐ **Verfügung über das Grundstück bzw. über das Recht an einem solchen, weil damit die Wohnraumaufgabe verbunden ist****(§ 1833 Abs. 3 BGB)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin die/der vom Betreuungsgericht

Namen des Amtsgerichts

in (Ort)

bestellte Betreuerin/Betreuer für

☐ **Herrn** ☐ **Frau**

Name, Vorname der/des Betreuten

Geburtsdatum

Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts

☐ **In dieser Eigenschaft bitte ich um die Genehmigung obiger Maßnahmen**☐ **In dieser Eigenschaft zeige ich an, dass**☐ **ich aus den im Folgenden aufgeführten Gründen beabsichtige, den von der/dem Betreuten selbst genutzten Wohnraum aufzugeben.**☐ **aus anderen Gründen mit der Aufgabe des Wohnraums zu rechnen ist.**

Es handelt sich um folgende Wohnung:

Anschrift und Bezeichnung der Wohnung

der/des Betreuten.

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

☐ am dauerhaft in eine angemessene Wohnung ziehen wird.

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

☐ 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.

☐ 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.

vom aus der sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit der Aufgabe des Wohnraums durch die vorliegende Erkrankung ergibt,

☐ liegt bei.

☐ liegt bereits vor.

☐ liegt nicht bei.

☐ wird nachgereicht bis zum

Behandelnde/r Ärztin/Arzt der/des Betreuten:

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

Eine hohe Dringlichkeit ist geboten?

☐

Nein

☐

Ja

Falls ja, Begründung:

☐

Sichtweise der/des Betreuten (nur im Zusammenhang mit der Anzeige nach § 1833 Abs. 2 BGB aufzuführen)

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers