

(Kopfstempel der Gemeinde)

An. age **8111**

(Datum)

An das
Versorgungsamt**Betr.:** Verlängerung der Gültigkeitsdauer von Schwerbehindertenausweisen;

hier:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort*

Straße

Haus-Nr.

derzeitiger Beruf

Die Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises des Obengenannten,
ausgestellt vom Versorgungsamt

am , Gz.:

wurde bis Ende Monat Jahr verlängert.

Im Ausweis ist - noch ein - kein - Verlängerungsfeld frei.

Letzter Geltungszeitraum des Ausweises: Jahr(e).

*) Der Ausweisinhaber ist wie oben angegeben meldeamtlich gemeldet.

Bei Ausländern: Die Aufenthaltserlaubnis/-berechtigung ist bis zum Zeitpunkt der Verlängerung des Ausweises gültig.

Im Auftrag

Der ☐ AusweisinhaberDer ☐ Bevollmächtigte des Ausweisinhabers

(Name)

Vorname

Anschrift

erklärt:

Der im Ausweis eingetragene Grad der Behinderung und die anerkannten gesundheitlichen Merkmale wurden durch Bescheid des Versorgungsamtes nicht geändert. Ich versichere, daß ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber belehrt worden, daß bei mißbräuchlicher Verwendung des Ausweises wegen Betruges auf Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren erkannt werden kann.

Mit der Verlängerung der Ausweisgültigkeit um Jahr(e) bin ich einverstanden.

Werden vor Ablauf der verlängerten Gültigkeitsdauer des Ausweises die gesundheitlichen Merkmale durch unanfechtbare Neufeststellung geändert, wird der Ausweis dem zuständigen Versorgungsamt zur Berichtigung oder Einziehung ausgehändigt.

(Unterschrift des Ausweisinhabers
oder seines Bevollmächtigten)

8111

Versorgungsamt

Datum

Verfügung

1. Kenntnis genommen

2. Datenbeleg fertigen

erl.

3.

4.

5.

6. Z. d. A. / Wv.

Im Auftrag