

Anwalt für Gleichbehandlungsfragen

für Menschen mit Behinderung

***Dr. Hansjörg Hofer***

|  |
| --- |
| **Familienname:** |
| **Vorname:** |
| **Versicherungsnummer und Geburtsdatum:** |
| **Adresse:** |
| **Tel/Fax:** |
| **E-Mail:**  |
| **Wird ein/e Gebärdensprachdolmetscher/in benötigt?**

|  |
| --- |
|  |

 **Ja**

|  |
| --- |
|  |

 **Nein** |
| **Bitte ankreuzen, wenn gegeben.****gesetzliche/r Vertreter/in**

|  |
| --- |
|  |

 **bevollmächtigte/r Vertreter/in (Vollmacht liegt bei)**

|  |
| --- |
|  |

**Sachwalter**

|  |
| --- |
|  |

Name:Adresse:Telefonnummer:E-Mail: |
| **Bei welchen Stellen/öffentlichen Einrichtungen haben Sie Ihr Anliegen bereits vorgebracht?****Grad der Behinderung:****Art der Behinderung:****Ihr Anliegen:** |
| **Datum:**  |