

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:** |