****

Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen. Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt werden kann.

**An:**

**[ ]  Bezirkshauptmannschaft**

**[ ]  Stadtmagistrat Innsbruck
 Soziales / Rehabilitation und Behindertenhilfe**

**Bestätigung über die Dauer der Kurzzeitpflege**

|  |
| --- |
| **Einrichtungsdaten** |
| Datum:       |
| Einrichtung:       |
| Standort und Adresse der Einrichtung:      |

|  |
| --- |
| **Personendaten** |
| Vor- und Zuname:      | [ ]  weiblich[ ]  männlich |
| Geburtsdatum:        |
| Adresse (Straße, Ort, PLZ):      |
| Sachwalter/ gesetzlicher Vertreter (Name, Anschrift):      |

|  |
| --- |
| **Aufenthalte** |
| **Von-Datum** | **Bis-Datum** | **Anzahl Nächte** | **Unterschrift** |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |
|       |       |    |  |