

An das  
Versorgungsamt

**Verlängerung der Gültigkeitsdauer von Schwerbehindertenausweisen;**

hier:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort *)	Straße	Haus-Nr.
derzeitiger Beruf		

Die Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises der/des Obengenannten,

ausgestellt vom Versorgungsamt

am \_\_\_\_\_, GZ.:

wurde bis Ende \_\_\_\_\_ verlängert.

Monat

Jahr

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  Ausweisinhaber

Der  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 Betrug 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)

Versorgungsamt \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Verfügung**

1. Kenntnis genommen

2. Datenbeleg fertigen

erl. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. z. d. A./ Wv. \_\_\_\_\_

Im Auftrag