



ERSTKONTAKTBOGEN WOHNBERATUNG

Anfragedatum: _____

- Erstkontakt:**
- Ortsverband _____
- Kreisverband _____
- Bezirksverband _____
- Fachstelle _____

Gesprächspartner

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Sie sind: Angehöriger Betreuer Sonstiger _____

Betroffener:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Art der Einschränkung: _____

Berufstätig: ja nein Pflegestufe: ja neinGrad der Behinderung (Merkzeichen) _____ / G aG B H BI GI RF

Problembeschreibung/Vorgeschichte:

Wird vom VdK ausgefüllt:

Weiterleitung an den Bezirksbeauftragten für Barrierefreiheit am: _____

Datum

Unterschrift