

Absender:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer / Faxnummer / E-Mail

An das

Amtsgericht \_\_\_\_\_

- Betreuungsgericht -

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

## Antrag auf Genehmigung der Wohnungskündigung/-auflösung

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Betreuer/in von

\_\_\_\_\_  
Vorname/n und Name der/des Betreuten

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen/Geschäftsnummer

\_\_\_\_\_  
XVII

beantrage ich die vormundschaftliche Genehmigung für die Kündigung und die Auflösung der  
Wohnung \_\_\_\_\_

genaue Anschrift und Bezeichnung der Wohnung

der/des Betreuten.

Die Wohnungskündigung wird notwendig, weil die/der Betreute

am \_\_\_\_\_ dauerhaft in eine angemessenere Wohnung / in ein Zimmer in einem  
Wohnheim ziehen wird.

\_\_\_\_\_  
genaue Anschrift und Bezeichnung der neuen Dauerunterkunft

am \_\_\_\_\_ für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ in ein  
Zimmer in einem Wohnheim / in eine therapeutische Langzeiteinrichtung ziehen wird.

Eine dauerhafte Wohnung/Unterkunft im Anschluss an diesen Langzeitaufenthalt

**ist gesichert** \_\_\_\_\_

ist noch **nicht gesichert**

wird voraussichtlich **bis zum** \_\_\_\_\_ **gesichert** sein

am \_\_\_\_\_ in das Alten-Pflegeheim \_\_\_\_\_  
umziehen wird.

- Eine Rückkehr in die bisherige Wohnung ist aus folgenden Gründen nicht mehr möglich:
- Die Versorgung und Pflege in der eigenen Wohnung ist aus folgenden Gründen nicht mehr länger möglich:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Die der Begründung hinzuzuziehende (nerven-)ärztliche **Stellungnahme** von:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Anschrift, Tel. Nr. des Arztes  
vom \_\_\_\_\_  
Datum der Erstellung

woraus sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit der Maßnahme/n und die vorliegende Erkrankung ergibt

liegt bei     liegt bereits vor     liegt nicht bei     wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_  
Datum

**Behandelnder Arzt** (mit Anschrift) der betroffenen Person ist:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Anschrift, Tel. Nr. des Arztes

**hohe Dringlichkeit ist geboten weil:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in