

Ihr Name
Straße und Hausnummer
PLZ, Ort

Versorgungsamt, Ort
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Ort, Datum

**Verlängerung Schwerbehindertenstatus / Schwerbehindertenausweis
Aktenzeichen:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen Schwerbehindertenstatus verlängern. Bitte senden Sie mir einen neuen Schwerbehindertenausweis zu.

In der Anlage sende ich Ihnen ein aktuelles Lichtbild mit.

Meine Daten

Name:
Geburtsdatum:
Adresse:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift