

Beratungsdeckblatt (Gemeinde Alling)

Ratsuchende/r: Herr / Frau _____ **Betroffene/r - Angehörige/r**

Adresse: PLZ - Ort _____

Straße - Nr. _____

Tel.: _____ Mail: _____

Tag: _____ **Zeit: von** _____ **bis** _____

Wie von EUTB erfahren: _____

Art der Beeinträchtigung: _____

Behinderung amtlich anerkannt? Ja / Nein GdB: _____

Beratungsbedarf, Beratungsthemen:

Beratungsdokumentation an infas: _____