

Stadt Eberswalde
Bürgeramt
Breite Str. 41-44
16225 Eberswalde

oder an: buergeramt@eberswalde.de

Antrag auf Ausstellung des „Bernauer und Eberswalder Stadtpasses“

(nur für Einwohnerinnen und Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Stadt Bernau bei Berlin oder in der Stadt Eberswalde)

Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

PLZ	Wohnort	Straße, Hausnummer
-----	---------	--------------------

Telefonnummer	E-Mail
---------------	--------

Ich beantrage den Bernauer und Eberswalder Stadtpass für mich und folgende weitere Mitglieder aus meinem Haushalt / meiner Bedarfsgemeinschaft:

1

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

2

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

3

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

4

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

5

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

6

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

7

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Vorgelegter behördlicher Nachweis	Gültigkeit zum Antragszeitpunkt
<input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende/Sozialgeld	
<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	
<input type="checkbox"/> Wohngeldleistungen nach dem Wohngeldgesetz	
<input type="checkbox"/> Student/in oder Auszubildende/r (ein Leistungsbezug ist keine Voraussetzung)	
<input type="checkbox"/> Ausbildungsplatz- oder Arbeits-suchende/r Jugendliche/r bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XIII oder nach § 27a oder § 27d des Bundesversorgungsgesetzes	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach §27e des Bundesversorgungsgesetzes	
<input type="checkbox"/> Behinderung mit dauerhaft bzw. langfristig ab GdB 80	
<input type="checkbox"/> blind oder sehbehindert mit dauerhaft bzw. langfristig ab GdB 60	
<input type="checkbox"/> gehörlos oder hörgeschädigt	
<input type="checkbox"/> Familie mit schwerbehindertem Kind ab GdB 50 bis Vollendung des 18. Lebensjahres	
<input type="checkbox"/> alleinerziehend mit mind. einem Kindergeld-berechtigtem Kind im Haushalt	
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag nach §6a BKGG	
<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen nach SGB XII (7. Kap.), der Kriegspferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder Pflegegeld	
<input type="checkbox"/> Pflegezulagen nach §267 Abs. 1 des Lastenausgleichsgesetzes oder anerkannter Freibetrag wegen Pflegebedürftigkeit nach § 267 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe c des Lastenausgleichsgesetzes	
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente nach § 43 SGB VI	
<input type="checkbox"/> Ausgewiesen durch PA- bzw. Pass-Nr.	

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden. Ich bin darüber informiert, dass der Missbrauch des Bernauer und Eberswalder Stadtpasses bei Bekanntwerden zum Einzug desselben führt.

Eberswalde, den

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Datum/Stempel/Bearbeiter/in

Datum/Empfangsbestätigung Pass

Hiermit beantrage ich die Verlängerung des Bernauer und Eberswalder Stadtpasses um ein weiteres Jahr.

2021

2022

2023

2024

2025

Hinweis für die Sachbearbeiterin /
den Sachbearbeiter:

Verlängerung mit Kürzel abzeichnen.

Nr. des Stadtpasses auf Antrag
notieren!