

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Die obengenannte Person ist zurzeit

(Datum:)

Bewohner der

(Bezeichnung der Unterkunft, Straße, Ort)

(Von der Einrichtung auszufüllen!)

Sollte eine **stationäre Notaufnahme** erforderlich sein, senden Sie bitte den **Kostenübernahmeantrag zusammen mit diesem Schreiben** an folgende Adresse:

Bezirksregierung Arnsberg

Dezernat 20

Seibertzstraße 1, 59821 Arnsberg

Telefonnummer: Frau Mothai 02931 82-2370

Frau Heyboer 02931 82-2416

Faxnummer: 02931 82-2486

Leistungen werden nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz gewährt.