

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.