



An das
Landratsamt
-Amt für Sozialwesen-
Am Hohlweg 2
92660 Neustadt

Posteingang

Az.: _____

Zur Vorlage bei der Grundsicherung

Frau/Herr	
geb.	
Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Ort:

ist bei mir/uns in ärztlicher Behandlung.

Nach meiner/unserer Einschätzung unseres Patienten ist sie/er voll erwerbsgemindert und wegen der Krankheit/Behinderung auf absehbare Zeit außerstande, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes