



---

**Anfrage zur Auslieferung der drei kostenlosen FFP2-Schutzmasken**

**1. Kontaktdaten des pflegenden Angehörigen:**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2. Name der pflegebedürftigen Person:**

\_\_\_\_\_

**3. Adresse für die Maskenauslieferung (nur innerhalb Großheubach):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Großheubach, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte fügen Sie ein Schreiben der Pflegekasse mit Feststellung des Pflegegrad bzw. der Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person als Nachweis bei.**