(Name, Vorname des Hilfesuchenden)

Datum _____

Aktenzeichen: 50

VERTRETUNGSVOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Geburtsdatum, Anschrift des Bevollmächtigten

mich in allen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Beantragung und Gewährung von Leistungen zur Deckung der entstehenden Heimpflegekosten stehen, zu vertreten.

Insbesondere ist der Bevollmächtigte auch berechtigt, alle erforderlichen Erklärungen zu meiner Person und zu meinen wirtschaftlichen Verhältnissen abzugeben. Er ist berechtigt, bei allen Sozialleistungsträgern Anträge auf Gewährung von Leistungen zu stellen.

Etwaig beantragte Leistungen sind ausschließlich an meine Person unter der o. a. Anschrift bzw. an die Leitung der mich betreuenden Einrichtung zu überweisen. Nachweise über gewährte Leistungen sind dem zuständigen Sozialleistungsträger in Fotokopie zuzusenden.

(Unterschrift des Hilfesuchenden)

Zurück an:

Kreis Warendorf
Der Landrat
Sozialamt
-Hilfe zur Pflege -
Waldenburger Str. 2
48231 Warendorf