

Vollmacht

Vollmachtgeber/in:

| | |
|-------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Wohn-/Postadresse | |
| Geburtsdatum | |
| E-Mail / Tel. Nr. | |

Vollmachtnehmer/in:

| | |
|-------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Wohn-/Postadresse | |
| Geburtsdatum | |
| E-Mail / Tel. Nr. | |

Der/die oben genannte Vollmachtgeber/in bevollmächtigt hiermit den/die oben genannte(n) Vollmachtnehmer/in, ihn/sie im Zusammenhang mit dem Antragsverfahren beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:

- Einreichung von Unterlagen
- Einsicht in und Auskunft über bereits eingereichte Unterlagen
- Inanspruchnahme telefonischer und persönlicher Beratungen zum Stand der Bearbeitung sowie zum rechtlichen Sachverhalt
- Empfang und Versand von Schriftstücken. In diesem Zusammenhang stimme ich ausdrücklich zu, dass ggf. auch Urkunden und Gebührenbescheide an den/die Vollmachtnehmer/in versandt bzw. ausgehändigt werden dürfen.
- Sonstiges: _____

Ort, Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber/in: