

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____
(Bewohner)

Herrn/Frau _____

wohnhaft _____

Tel. privat _____ Tel. dienstlich _____

damit, meine Ansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Rentenversicherung) wahrzunehmen. Diese Vollmacht stellt keine Abtretung der Ansprüche gegen die genannten Sozialleistungsträger dar. Sie dient lediglich dazu, meine Rechte gegenüber diesen Leistungsträgern wahrzunehmen und dafür Sorge zu tragen, Unklarheiten zu beseitigen. Dazu gehört auch, dass der/die Bevollmächtigte Widerspruch gegen Entscheidungen einlegen kann oder auch den Rechtsweg beschreiten darf.

Außerdem ist die bevollmächtigte Person berechtigt, die notwendigen Schritte zur Klärung finanzieller Verhältnisse mit dem GFO Zentrum Dinslaken-Wohnen, Pflege & Wachkoma St. Franziskus, In der Donk 1, 46535 Dinslaken, durchzuführen bzw. umzusetzen.

Datum

Unterschrift des Bewohners