

# Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

---

Name und Anschrift des Vollmachtgebers

Herrn/Frau

---

Name und Anschrift der bevollmächtigten Person

meine sämtlichen Ansprüche gegenüber möglichen Sozialleistungsträgern (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Rentenversicherungsträger etc.) geltend zu machen, eventuell erforderliche Erklärungen abzugeben und im Streitfall auch eine gerichtliche Durchsetzung meiner Ansprüche sicherzustellen.

Der/Die Bevollmächtigte kann insoweit auch Rechtsmittel (Widerspruch und Klage) selbst einlegen.

Durch die Vollmacht erfolgt keine Abtretung meiner Ansprüche an die bevollmächtigte Person.

Die bevollmächtigte Person ist darüber hinaus berechtigt, mit dem Alten- und Pflegeheim

---

Name und Anschrift der Einrichtung

die notwendigen Klärungen zur Finanzierung des Heimplatzes durchzuführen.

Die Vollmacht gilt über den Tod des Vollmachtgebers hinaus.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Vollmachtgebers