

# VOLLMACHT FÜR DAS SOZIALAMT

Hiermit bevollmächtige ich:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

und/oder

Name, Vorname der bevollmächtigten Person: \_\_\_\_\_

Anschrift der bevollmächtigten Person: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der bevollmächtigten Person: \_\_\_\_\_

## Umfang der Vollmacht:

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, mich gegenüber dem Sozialamt in allen Angelegenheiten, die meine Sozialleistungen betreffen, zu vertreten, Auskünfte einzuholen, Anträge zu stellen, Erklärungen abzugeben sowie Unterlagen entgegenzunehmen und zu unterschreiben.

## Gültigkeit:

Diese Vollmacht gilt ab dem Zeitpunkt der Unterschrift und bleibt gültig, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird.

## Haftungsausschluss:

Ich entbinde die bevollmächtigte Person von der Schweigepflicht gegenüber dem Sozialamt im Rahmen dieser Vollmacht.

## Datenschutz:

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, personenbezogene Daten von mir im Rahmen der Vollmacht zu verarbeiten.

**Vollmachtgeber**

**Bevollmächtigte Person**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://persoenliche-dokumente.com/vollmacht-sozialamt/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://persoenliche-dokumente.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.