

---

Leistungsberechtigte(r):

---

Geschäftszeichen:

## Vollmacht

**Ich,**

---

Vollmachtgeber/in

---

, geb. am

**erteile hiermit Vollmacht an**

---

bevollmächtigte Person: Name, Vorname

---

Adresse, Telefon

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in **allen** Angelegenheiten der Blindengeldbearbeitung gegenüber dem LWV Hessen, Dezernat Leistungen SGB und KOF, Fachbereich 204 (Blindengeldstelle), Kassel zu vertreten.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift des/der  
Leistungsberechtigten**

### **Urschriftlich zurück an:**

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
Dezernat Leistungen SGB und KOF  
Fachbereich 204  
Kölnische Str. 30  
34117 Kassel