
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