
Behinderte Person:

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 gegenüber dem LWV Hessen, Fachbereich 203, Blinden- und Gehörlosenhilfe, Kassel zu vertreten.

Ort, Datum

**Unterschrift der
behinderten Person**

Urschriftlich zurück an:

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Fachbereich 203
Kölnische Str. 30
34117 Kassel