

Name, Vorname (Mutter)	Name, Vorname (Vater)
Adresse	

VOLLMACHT

Wir, die Unterzeichnenden, bevollmächtigen uns hiermit gegenseitig bis zum Widerruf dieser Vollmacht, dass jeder mit verbindlicher Wirkung für den anderen und für das nachstehend aufgeführte minderjährige, unverheiratete Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum

alle für die Beantragung, Gewährung, Rücknahme oder Rückzahlung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erforderlichen Verfahrens- und Rechtshandlungen vornehmen und entgegennehmen kann.

Als Empfangsbevollmächtigte*r wird

Name, Vorname

benannt.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift