



Name	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer
Regierungspräsidium Kassel Dezernat Beihilfen Hünfeld 36086 Hünfeld		vollständige Anschrift	

Vollmacht zur Regelung meiner Beihilfeangelegenheiten

Hiermit bevollmächtige ich die nachstehende Person zur Abwicklung der Beihilfeangelegenheiten nach der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO).

Name			
Vorname			
Geschlecht			
Firma			
Anschrift			
	Straße, Hausnummer		
	Postleitzahl	Ort	
	Land		

Die bevollmächtigte Person steht zu mir in folgendem Verhältnis:	
Die bevollmächtigte Person ist berechtigt (ggfls. nicht Zutreffendes entfernen/durchstreichen):	
<input checked="" type="checkbox"/> Beihilfeanträge zu stellen <input checked="" type="checkbox"/> anfallende Schriftverkehre mit der Beihilfefestsetzungsstelle zu führen <input checked="" type="checkbox"/> Bescheide in Empfang zu nehmen <input checked="" type="checkbox"/> telefonische Auskünfte von der Beihilfefestsetzungsstelle einzuholen <input checked="" type="checkbox"/> Widersprüche einzulegen und die sich aus meiner Beihilfeberechtigung ergebenden Pflichten (z. B. Anzeigepflichten), wahrzunehmen	

Gültigkeit der Vollmacht (Hinweis: beim Tod der beihilfeberechtigten Person erlischt die Vollmacht.)	<input type="checkbox"/> befristet von bis
	<input type="checkbox"/> unbegrenzt
	<input type="checkbox"/> bisherige Vollmachten werden widerrufen
	<input type="checkbox"/> bisherige Vollmachten gelten fort

Versand der Beihilfebescheide bzw. Schriftverkehr an	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigte Person
	<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person

Auszahlung der Beihilfe soll erfolgen auf das	<input type="checkbox"/> bekannte Konto der beihilfeberechtigten Person
	<input type="checkbox"/> nachstehende Konto der bevollmächtigten Person
Bankverbindung/ IBAN (bevollmächtigte Person)	
BIC	

Ort, Datum	Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Ort, Datum	Unterschrift der bevollmächtigten Person