

An das

Jobcenter Vorderpfalz-Ludwigshafen
Kaiser-Wilhelm-Str. 52
67059 Ludwigshafen

VOLLMACHT

Name	Vorname	Kunden-Nr.	BG-Nr.

Hiermit bevollmächtige ich die nachfolgend genannte Person/en alle Rechtsgeschäfte, die im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) durch das Jobcenter Vorderpfalz-Ludwigshafen stehen, für mich zu erledigen.
Diese Vollmacht umfasst insbesondere

! Bitte das Zutreffende ankreuzen !

- das Einholen von schriftlichen und mündlichen Auskünften
- das Führen der schriftlichen Korrespondenz.
Hinweis: alle Schriftstücke/Bescheide werden dann nur dem/den Bevollmächtigten übersandt!
- sonstiges:

Bevollmächtigte / Bevollmächtigter			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Als Mitarbeiter/in von
Anschrift:			
Telefon-Nr.¹ :			

Diese Vollmacht ist befristet bis gültig.

Ort	Datum	Unterschrift des Kunden

¹ Bitte unbedingt angeben, da bei Anrufen beim Service-Center des Jobcenters aus Datenschutzgründen, nur im Rahmen eines Rückrufs Auskunft erteilt werden darf.