

An das
Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Soziales und Generationenförderung
Landhausplatz 1
3100 St. Pölten

**Vollmacht hinsichtlich der Förderung der 24-Stunden-Betreuung
nach dem NÖ Modell**

Der/die VollmachtgeberIn,

Vorname _____,

Nachname _____,

Sozialversicherungs-Nr. _____,

erteilt dem/der VollmachtnehmerIn,

Anrede Frau Herr

Vorname _____,

Nachname _____,

Straße _____,

Hausnummer _____, Stiege _____, Tür _____, Postleitzahl _____,

Ort _____,

Telefonnummer _____,

E-Mail _____,

die Vollmacht, mich in allen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Förderung der 24-Stunden-Betreuung stehen, zu vertreten. Diese Person ist somit berechtigt, Zustellungen zu empfangen und Eingaben zu tätigen bzw. dürfen dieser Auskünfte erteilt werden.

Ort, Datum

Unterschrift VollmachtgeberIn