Inklusionshilfe mandl

Wir unterstützen Sie
auf Ihrem Weg zur Teilhabe !

Beratung & Unterstützung • Budgetbegleitung • Unterstützte Kommunikation

VOLLMACHT

für die Person _____ geboren am _____
Vorname Nachname

wohnhaft in _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

mit gesetzlicher Vertretung durch _____
Vorname Nachname

wegen Leistungen im Rahmen des Sozialen Gesetzbuchs (SGB) für die Unternehmen der Inklusionshilfe Mandl, vertreten durch Frau Isis Mandl und Herrn Kim Andreas Mandl, Kiefernstraße 1 in 76703 Kraichtal und Frau Michaela Mandl, Brachvogelstr. 5 in 86179 Augsburg.

Diese Vollmacht erstreckt sich insbesondere auf folgende Befugnisse:

1. Vertretung in Angelegenheiten zu Leistungen des Sozialen Gesetzbuchs (SGB) gegenüber Kostenträgern und Leistungserbringern und deren Dritte.

2. Abgabe und Entgegennahme von Willenserklärungen und Vornahme einseitiger Rechtsgeschäfte, insbesondere Begründung und Aufhebung von Vertragsverhältnissen gegenüber Beschäftigten und Sozialversicherungsträgern und Organisationen wie z.B. Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Minijobzentrale, Finanzamt, Krankenkassen und Pflegekassen.

3. Mündliche, auch fernmündliche und schriftliche Besprechung der Angelegenheiten mit Kostenträgern und Leistungserbringern oder deren Dritten. (z.B. Sachverhalte klären, Mittelverwendung, Abstimmung).

4. Abgabe und Entgegennahme von Post und Briefsachen einschließlich eMail und DE-Mail.

5. Die Vollmacht ist zeitlich unbefristet und kann jederzeit schriftlich von den/der vollmachterteilenden Person(en) schriftlich widerrufen werden.

Optionale Leistungen bitte auf Wunsch ankreuzen

☐ 6. Tätigen von Überweisungen im Rahmen der Lohn- und Gehaltsabrechnung

☐ 7. _____

Ort, Datum _____

Unterschrift

_____

Inklusionshilfe Mandl
Kiefernstraße 1
76703 Kraichtal
Tel. 07250 3319919

Anlage Datenschutzerklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von personenbezogenen Daten

Ich

Vorname Name

Adresse

Vertreten durch

Vorname Name

Adresse

erkläre mich einverstanden, den Unternehmen der Inklusionshilfe Mandl, vertreten durch mehreren Geschäftsinhabern - Frau Isis Mandl und Herrn Kim Andreas Mandl, Kiefernstraße 1 in 76703 Kraichtal und Frau Michaela Mandl, Brachvogelstr. 5 in 86179 Augsburg - meine Daten erhoben und verarbeitet werden dürfen. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen über Umfang/ Art meiner Daten, die Rechtsgrundlage der Bearbeitung und über die Möglichkeit Widerspruch und dessen Folgen stellen konnte. Mir ist bekannt, dass die Inklusionshilfe Mandl von mehreren eigenständigen Geschäftsinhabern geführt und organisiert wird.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

- im Rahmen der Dienstleistung durch die Inklusionshilfe Mandl und Ihren Geschäftsinhabern bei Dritten (z.B. Behörden) erfragt und eingeholt werden können. Darüber hinaus darf hier der Schriftverkehr dokumentiert und gespeichert werden.

Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen meines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift

bei gesetzlicher Vertretung
bitte Urkunde/ Betreuerausweis mitschicken