

**Erklärung über die Vermögensverhältnisse des Bewohners und seines nicht getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebensgefährten nach § 90 Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - zum**

- Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGBXII (Sozialhilfe)**  
 **zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach § 14 Abs. 1 APG NRW (Pflegewohngeld)**

| Datum des Antrages | Name | Vorname | Geburtsdatum |
|--------------------|------|---------|--------------|
|                    |      |         |              |

| Bescheidempfänger lt. anliegender Vollmacht im Todesfall (Angehöriger, nahestehende Person) |           |               |
|---|-----------|---------------|
| Name, Vorname   | Anschrift | Telefonnummer |
|   |           |               |

Nachweise über Girokonten sind für die letzten drei Monate vor Antragstellung lückenlos zu führen. Kopien der aktualisierten Sparbücher etc. sind für die gesamte Laufzeit vorzulegen.

**Ich/Wir verfüge(n) im In- und Ausland über folgende Vermögenswerte:**

| Vermögensart  | Wert/Guthaben/<br>Rückkaufswert | vorhanden                | nicht<br>vorhanden       |
|---|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bargeld   | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Girokonto/-konten *)  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sparbücher/-konten/-verträge*)  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Festgeldkonten *)   | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bausparverträge *)  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wertpapiere *)  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Kapitalanlagen *)<br>Art:  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wertgegenstände / Sachvermögen  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebensversicherung(en) *)   | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sterbeversicherung *)   | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestattungsvorsorgevertrag *)   | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grabpflegevertrag *)  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grundbesitz <u>bebaut</u><br>Lage:  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grundbesitz <u>unbebaut</u><br>Lage:  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| noch nicht realisierte Erbansprüche *)  | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forderung aus dinglichen Rechten (Nießbrauch, Wohnrecht etc.) *)<br>Nähere Bezeichnung:     | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansprüche gegenüber Dritten (Schadensersatzansprüche, Ansprüche aus Urteil etc.) *)<br>Art: | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kraftfahrzeug(e)<br>Modell: Baujahr:<br>Km-Stand: Kennzeichen:                              | €                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**\*) Bitte Anlage vollständig ausfüllen und aktuelle Nachweise beifügen.**

**Ich/wir habe(n) in der Vergangenheit (auch vor mehr als 10 Jahren)**

- Vermögenswerte (hierzu gehören auch Konten, Kapitalversicherungen, Immobilien etc.) übertragen und lege(n) entsprechende Nachweise (Verträge, Grundbuchauszüge etc.) vor. Die Übertragung fand am \_\_\_\_\_ statt.**
- kein Vermögen übertragen.**

**Ich/wir habe(n) in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (hierzu gehören auch Konten, Kapitalversicherungen, Immobilien etc.)**

- aufgelöst / verkauft (Belege sind beizufügen)**
- nicht aufgelöst / nicht verkauft**

**Ich/wir habe(n) auf die Geltendmachung einer Forderung aus dinglichen Rechten (Nießbrauch, Wohnrecht etc.) verzichtet**

- ja (Belege sind beizufügen)**
- nein**

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz und zu den Mitwirkungspflichten (Anlage 3) zur Kenntnis genommen. Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I stimme ich der Vorlage von Beweisurkunden sowie der Akteneinsicht auf Vorgänge anderer Leistungsträger zu.

Ich habe die Auszüge aus dem SGB I und dem StGB (Seite 4) zur Kenntnis genommen.

- Die Vermögenserklärung mit ihren Anlagen habe ich als **Bevollmächtigte(r)** im Rahmen des mir übertragenen Aufgabenkreises ausgefüllt. Vollmacht ist beigelegt.
- Die Vermögenserklärung mit ihren Anlagen habe ich als **amtlich bestellter Betreuer** im Rahmen des mir übertragenen Aufgabenkreises für die von mir betreute Person ausgefüllt. Bescheide in dieser Angelegenheit sollen an mich übersendet werden. Partner/Angehörige werden von mir informiert. Betreuungsurkunde und Vollmacht sind beigelegt.

**Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen.**

**Mir ist bekannt, dass der Sozialhilfeträger einen Kontenabruf nach § 93 b Abgabenordnung (AO) i.V.m. § 24 c Abs. 1 Kreditwesengesetz (KWG) und § 93 Abs. 8 AO durchführen kann, wenn die erforderlichen Angaben zu den Konten nicht erteilt werden können bzw. erteilt werden.**

**Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen, keine Angaben verschwiegen wurden u. keine weiteren Konten bei Geldinstituten geführt werden/wurden außer den in der Anlage aufgeführten Konten.**

**Mir ist bekannt, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 StGB).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Bewohner bzw. Betreuer/ Bevollmächtigter

➤ **weiter auf der nächsten Seite**

# Anlage zur Vermögenserklärung vom \_\_\_\_\_ Frau/Herrn \_\_\_\_\_

**Bitte vergessen Sie nicht die Anlage auf  
Seite 2 zu unterschreiben.**

|                         |               |                              |        |                     |
|-------------------------|---------------|------------------------------|--------|---------------------|
| Girokonto<br>Nr.        | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Girokonto<br>Nr.        | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Sparbuch<br>Nr.         | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Sparbuch<br>Nr.         | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Sparbuch<br>Nr.         | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Festgeldkonto<br>Nr.    | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Festgeldkonto<br>Nr.    | Bank:         | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Bausparvertrag<br>Nr.   | Bausparkasse: | IBAN:<br>BIC:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Bausparvertrag<br>Nr.   | Bausparkasse: | Vertrags-Nr.:<br>Fälligkeit: | Stand: | Wert:<br>€          |
| Wertpapiere             | Bank/Firma:   | Depot-Nr.:<br>Anzahl:        | Stand: | Wert:<br>€          |
| sonstige Kapitalanlagen | Bank/Firma:   | Art:                         | Stand: | Wert:<br>€          |
| Lebensversicherung      | Versicherer:  | Vers.-Nr.:<br>Fälligkeit:    | Stand: | Rückkaufswert:<br>€ |
| Lebensversicherung      | Versicherer:  | Vers.-Nr.:<br>Fälligkeit:    | Stand: | Rückkaufswert:<br>€ |

|  |                      |   |        |                     |
|--|----------------------|---|--------|---------------------|
| Lebensversicherung   | Versicherer:         | Vers.-Nr.:<br>Fälligkeit:                         | Stand: | Rückkaufswert:<br>€ |
| Sterbeversicherung   | Versicherer:         | Vers.-Nr.:<br>Fälligkeit:                         | Stand: | Rückkaufswert:<br>€ |
| Sterbeversicherung   | Versicherer:         | Vers.-Nr.:<br>Fälligkeit:                         | Stand: | Rückkaufswert:<br>€ |
| Sterbeversicherung   | Versicherer:         | Vers.-Nr.:<br>Fälligkeit:                         | Stand: | Rückkaufswert:<br>€ |
| Bestattungsvorsorgevertrag   | Bestatter:           | Vertrags-Datum:<br>Vertrags-Nr.:<br>Sparbuch-Nr.: | Stand: | Wert:<br>€          |
| Bestattungsvorsorgevertrag   | Bestatter:           | Vertrags-Datum:<br>Vertrags-Nr.:<br>Sparbuch-Nr.: | Stand: | Wert:<br>€          |
| Grabpflegevertrag  | Bestatter/<br>Firma: | Vertrags-Datum:<br>Vertrags-Nr.:<br>Sparbuch-Nr.: | Stand: | Wert:<br>€          |
| Grabpflegevertrag  | Bestatter/<br>Firma: | Vertrags-Datum:<br>Vertrags-Nr.:<br>Sparbuch-Nr.: | Stand: | Wert:<br>€          |
| noch nicht realisierte Erban-<br>sprüche;<br>Erbfall eingetreten am:   | Erblasser:           | Nachlassgericht:<br>Erbschein beantragt am:       |        | Wert:<br>€          |
| Forderung aus dinglichen<br>Rechten (Wohnrecht, Nieß-<br>brauch etc.): | Schuldner:           | Urkunden-Nr.:<br>Notarvertrag vom:                | Stand: | Wert:<br>€          |
| Ansprüche gegenüber Drit-<br>ten:                                      | Schuldner:           | Urteil/Bescheid vom:                              | Stand: | Wert:<br>€          |

---

 Ort, Datum, Unterschrift Bewohner bzw. Betreuer/ Bevollmächtigter

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Rhein-Kreis Neuss<br/>Sozialamt</b> | <b>Anlage zur Vermögenserklärung vom _____<br/>für Herrn/Frau _____</b> |  |
|--|---|--|

### **Datenschutz und Mitwirkungspflichten**

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen (z.B. Behörden, Ärzte, Krankenhäuser, Banken), wenn die notwendigen Daten nicht selbst beigebracht werden können. Alle Änderungen in den für die Leistung erheblichen Verhältnissen sind unverzüglich dem Sozialamt unaufgefordert mitzuteilen, insbesondere

- Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (auch Aushilfstätigkeiten und versicherungsfreie Tätigkeiten), Schul- oder Berufsausbildung oder eines Studiums
- Beantragung und Bewilligung von Renten, Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss), Kindergeld, Leistungen der Arbeitsagentur, Unterhaltsvorschussleistungen, anderer Sozialleistungen
- Erhalt von jeglichem Einkommen oder Vermögen
- Änderungen der Höhe laufender Einkünfte und ihren Wegfall
- Änderungen von Grundmiete und Nebenkosten sowie beabsichtigte Wohnungswechsel
- Ein- und Auszug von Personen sowie vorübergehende Abwesenheitszeiten von Personen im Haushalt
- Beendigung des Schulbesuches oder einer Ausbildung von Kindern
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung, z. B. durch Kündigung des Arbeitsplatzes, Scheidung, Sperrzeiten, etc. (ACHTUNG: Wichtig wegen der Fristen für die Weiterversicherungsmöglichkeit!)
- Krankenhausaufnahmen und Kurantritte
- Mehrtägige Reisen

Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Wird diesen Pflichten nicht nachgekommen und sind die Verhältnisse ungeklärt, kann die Hilfe abgelehnt oder nicht weiter geleistet werden. Auf die auf den Folgeseiten abgedruckten Rechtsvorschriften des Sozial- und des Strafgesetzbuches wird hingewiesen.

Das Sozialamt erhebt zur Bestimmung der Form der Sozialhilfe und deren detaillierter Ausgestaltung sowie zur Bemessung der Sozialhilfeleistung persönliche und wirtschaftliche Daten. Der Umfang dieser Daten ergibt sich in der Regel aus dem Sozialhilfeantrag. Es kann aber die Notwendigkeit bestehen, darüber hinausgehende Daten zu ermitteln, wenn die Ausgestaltung der Hilfe dies erfordert.

Es können auch Daten erhoben werden, deren Mitteilung freiwillig ist. Sie sind im Sozialhilfeantrag gekennzeichnet oder bei weiteren Fragen mit entsprechenden Hinweisen versehen.

Grundsätzlich hat jede Person das Recht, ihre eigenen Daten selbst dem Sozialamt mitzuteilen. Sollen andere Personen dies tun, ist für einen vertretenen Volljährigen eine Vollmacht notwendig; bei minderjährigen Kindern ist der gesetzliche Vertreter berechtigt. Kinder ab Vollendung des 15. Lebensjahres haben ein eigenes Antragsrecht (§ 36 SGB I).

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67 a „Datenerhebung“, § 67 b „Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Nach § 118 Abs. 1 SGB XII können die dort bestimmten Daten regelmäßig mit den Daten anderer Sozialhilfeträger und anderer Sozialleistungsträger, den Arbeitsämtern, den gesetzlichen Trägern der Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung, dem Bundesamt für Finanzen, aber auch den kommunalen Dienststellen (z.B. Einwohnermeldeamt, Straßenverkehrsamt, Liegenschaftsamt) abgeglichen werden. Hierzu dürfen Name, Vorname (Rufname), Geburtsdatum, Geburtsort, Nationalität, Geschlecht, Anschrift und Versicherungsnummer der Empfänger von Sozialhilfeleistungen der zentralen Auskunftsstelle übermittelt werden. Weitere Dienststellen werden bei Bedarf gutachterlich beteiligt, wie z.B. das Schulamt, das Gesundheitsamt, die kommunale Bewertungsstelle beim Gutachterausschuss. Dies soll helfen, rechtmäßige und sachgerechte Hilfen zur Verfügung zu stellen und den Missbrauch von Sozialhilfe zu vermeiden. Sind ärztliche Unterlagen erforderlich, wird eine gesonderte widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen angefordert.

Zur Beurteilung der Auswirkungen des SGB XII und zu seiner Fortentwicklung wird nach §§ 121 ff. SGB XII eine Bundesstatistik über die Empfänger der Sozialhilfe durchgeführt. Die dabei zu meldenden Erhebungsmerkmale ergeben sich aus § 122 SGB XII.

**Weitere Informationen zu den Themen „Datenschutz“ und „Mitwirkungspflichten“ können Sie in Ihrem Sozialamt erhalten.**

|      |        |  |
|------|--------|--|
| Ort: | Datum: | Unterschrift Bewohner bzw. Betreuer/Bevollmächtigter |
|------|--------|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Rhein-Kreis Neuss<br/>Sozialamt</b> | <b>Anlage zur Vermögenserklärung vom _____<br/>für Herrn/Frau _____</b> |  |
|--|---|--|

### **Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (SGB I)**

vom 11. 12. 1975 (BGBl I S. 3015) in der Fassung vom 5. 10. 1994 (BGBl I S. 2911/2950)

Dritter Titel: Mitwirkung des Leistungsberechtigten

#### **§ 60 Angabe von Tatsachen**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

#### **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

### **Auszug aus dem Strafgesetzbuch - (StGB)**

in der Fassung vom 12.04.1986 (BGBl I S. 393)

#### **§ 263 Betrug**

(1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

(4) § 243 Abs. 2 sowie die §§ 247 und 248a gelten entsprechend.

(5) Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1).

**Weitere Informationen zu den gesetzlichen Bestimmungen können Sie in Ihrem Sozialamt erhalten.**

|      |        |  |
|------|--------|--|
| Ort: | Datum: | Unterschrift Bewohner bzw. Betreuer/Bevollmächtigter |
|------|--------|--|

## Vollmacht

Hiermit erteile ich (Vollmachtgeber/in)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vollmacht an (Bevollmächtigte/r)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe (\*). Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person sie besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes im Original vorlegen kann. Die Vollmacht gilt gem. § 13 Abs. 2 SGB X auch über den Tod des Vollmachtgebers hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

(\* ) Nicht zutreffendes bitte streichen.

### 1.) Gesundheitspflege

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen.
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.
- \_\_\_\_\_

### 2.) Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen, so wie meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.
- \_\_\_\_\_

### 3.) Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, so wie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.
- \_\_\_\_\_

### 4.) Vermögenssorge

- Sie darf über mein Vermögen Auskunft geben.
- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, so wie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

**5.) Post und Fernmeldeverkehr**

- Sie darf an mich adressierte Post entgegennehmen und öffnen.
- Sie darf über den Fernmeldeverkehr entscheiden.
- Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen abgeben.
- \_\_\_\_\_

**6.) Vertretung vor Gericht**

- Sie darf mich vor Gerichten vertreten, so wie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.
- \_\_\_\_\_

**7.) Untervollmacht**

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht(en) erteilen.

**8.) Weitere Regelungen**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtnehmers / der Vollmachtnehmerin