



An  
Bayerisches Landesamt für Pflege  
Postfach 1365  
92203 Amberg

## Vollmacht Bayerisches Landespflegegeld

Bitte ausfüllen und unterschrieben an die oben genannte Adresse schicken.

### Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber)

Anrede  Herr  Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

### folgende Person (Vollmachtnehmer)

Anrede  Herr  Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

**mich gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege (LfP) zu vertreten.**

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber