

|                     |                                                                                    |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname       | geb. am                                                                            |
| Anschrift           |                                                                                    |
| Aktenzeichen<br>- - | Zutreffendes bitte ausfüllen<br>oder ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> |

## NLBV

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                    |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Hiermit erteile ich,                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Name, Vorname                 |                                    |                                               |
| <b>Vollmacht</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                    |                                               |
| <b>an</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                    |                                               |
| Name, Vorname des/der Bevollmächtigten                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               | Geburtsdatum                       |                                               |
| Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | Tel. Nr.                           |                                               |
| mit der Regelung meiner <input type="checkbox"/> Beihilfeangelegenheiten <input type="checkbox"/> Heilfürsorgeangelegenheiten<br><input type="checkbox"/> Besoldungs-/Entgeltangelegenheiten <input type="checkbox"/> Versorgungsangelegenheiten<br><input type="checkbox"/> Dienstunfallangelegenheiten        |                               |                                    |                                               |
| Der/Die Bevollmächtigte steht zu mir in folgendem (Verwandschafts-) Verhältnis:                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                    |                                               |
| <input type="checkbox"/> Ehepartner(in)<br>eingetr. Lebenspartner(in)                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Kind | sonstiges Verwandschaftsverhältnis | <input type="checkbox"/> keine Verwandschaft. |
| Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, anfallenden Schriftverkehr mit dem Niedersächsischen Landesamt für Bezüge und Versorgung (NLBV) zu führen, Anträge zu stellen, Bescheide in Empfang zu nehmen, Widersprüche zu erheben und die sich für mich ergebenden Pflichten (z.B. Anzeigepflichten) wahrzunehmen. |                               |                                    |                                               |
| Bescheide und Gehaltsmitteilungen<br>sind zu senden an (nur <b>ein</b> Kreuz): <input type="checkbox"/> den/die Vollmachtgeber/in <input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person.                                                                                                                          |                               |                                    |                                               |

|                                                               |                             |                               |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Diese Vollmacht ist über meinen Tod hinaus wirksam            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die/Der Bevollmächtigte ist berechtigt, den Zahlweg zu ändern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Angaben zum Zahlweg **nur für die Beihilfezahlung:**

|                                                                                |                              |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Die <b>Beihilfe</b> ist zu überweisen auf das                                  |                              | <input type="checkbox"/> bekannte Bezüge-/Versorgungskonto |
| <input type="checkbox"/> Konto der/des Bevollmächtigten (bitte hier eintragen) |                              | Name der kontoführenden Person:                            |
| Name der Bank                                                                  | BIC (unbedingt erforderlich) | IBAN (unbedingt erforderlich)                              |

|                                                             |       |
|-------------------------------------------------------------|-------|
| Unterschrift (Vor- und Nachname) des/der Vollmachtgebers/in | Datum |
|-------------------------------------------------------------|-------|

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| Unterschrift (Vor- und Nachname) des/der Bevollmächtigten |
|-----------------------------------------------------------|