

# SOZIALVERSICHERUNG – EINGESCHRÄNKTE VOLLMACHT

## (OHNE ÄNDERUNGEN/VERZICHTE)

Version: 2026

### 1. Daten des Vollmachtgebers

Der/Die Unterzeichnete: .....

Steuernummer: .....

Geboren in: ..... am: .....

Wohnhaft in: .....

Ausweisdokument (Art und Nr.): .....

### 2. Daten des Bevollmächtigten

Bevollmächtigt Herr/Frau: .....

Steuernummer: .....

Geboren in: ..... am: .....

Wohnhaft in: .....

Ausweisdokument (Art und Nr.): .....

### 3. Gegenstand der Vollmacht

Behörde/Stelle (Stadt): .....

Art des Antrags:

Arbeitslosengeld I (ALG I)  Bürgergeld  Altersrente  Erwerbsminderungsrente

Mutterschaftsgeld  Elterngeld

Sonstiges: .....

Antragsnummer (falls verfügbar): .....

Zulässige Vorgänge:

Nur Einsichtnahme in den Antrag  Nur Einreichung von Unterlagen

## EINSCHRÄNKUNGSKLAUSEL

Der Bevollmächtigte ist **AUSSCHLIESSLICH** zur Einsichtnahme und/oder zur Einreichung von Unterlagen berechtigt.

**Es ist NICHT gestattet:**

- Änderungen am Antrag vorzunehmen
- Auf Leistungen zu verzichten
- Bindende Erklärungen abzugeben
- Zahlungsmodalitäten zu ändern

### 4. Gültigkeit

Die vorliegende Vollmacht ist gültig:

- für das einzelne Datum: .....
- für den Zeitraum von: ..... bis: .....

### 5. Anhänge

- Kopie des Ausweisdokuments des Vollmachtgebers (obligatorisch)
- Kopie des Ausweisdokuments des Bevollmächtigten
- Sonstiges: .....

Ort: ..... Datum: .....

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Vollmachtgebers**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Bevollmächtigten**  
*(zur Kenntnisnahme und Annahme)*

**Hinweis:** Der Bevollmächtigte muss sich beim zuständigen Schalter der Sozialversicherungsbehörde mit einem gültigen Ausweisdokument und dieser Vollmacht ausweisen. Eine Kopie des Ausweises des Vollmachtgebers muss zwingend beigelegt werden.