|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und IntegrationsdirektionAmt für Integration und SozialesRathausplatz 1Postfach3000 Bern 8+41 31 635 22 42info.blg@be.ch[www.be.ch/blg](http://www.be.ch/blg) | Gesundheits-, Sozial- und IntegrationsdirektionAmt für Integration und SozialesRathausplatz 1Postfach3000 Bern 8 |

# Vollmacht

Angaben zum Menschen mit Behinderungen

1. Personalien

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname |  | Name |
|  |  |  |
| Geburtsdatum |  | SV-Nummer |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefonnummer |  | Mobiltelefon |
|  |  |  |
| E-Mail |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresszeile 1 |  | Adresszeile 2 |
|  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  | Kanton |
|  |  |  |  |  |

Angaben zur Gesetzlichen Vertretung (falls bestehend)

1. Personalien

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname |  | Name |
|  |  |  |
| Institution oder Firma |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefonnummer |  | Mobiltelefon |
|  |  |  |
| E-Mail |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresszeile 1 |  | Adresszeile 2 |
|  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  | Kanton |
|  |  |  |  |  |

**IV-Akten**

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber/-in (Mensch mit Behinderungen oder gesetzliche Vertretung) die Ausgleichskasse des Kantons Bern, die IV-Stellen nach der Gesetzgebung über die Invalidenversicherung, die Abteilung Militärversicherung der Suva nach der Gesetzgebung über die Militärversicherung und die Unfallversicherer nach der Gesetzgebung über die Unfallversicherung

• dem Amt für Integration und Soziales (AIS), Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8

mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen und vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller

medizinischen und beruflichen Unterlagen, zu gewähren.

Zudem ermächtige ich das AIS im Sinne von Artikel 47 Absatz 2 Buchstabe b) des Gesetzes über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG), die Daten an die von ihm mit der Bedarfsprüfung beauftragten Dritten und an die Bedarfsprüfungsstelle für die Bedarfsermittlung und die Prüfung der Ergebnisse der Bedarfsermittlung weiterzugeben.

**Kopie Leistungsgutsprache an Wohnheim**

Weiter ermächtige ich das AIS, einem allfälligen Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 3 Buchstabe a BLG (Wohnheim) eine Kopie der gemäss Artikel 16 Absatz 1 BLG verfügten Leistungsgutsprache zukommen zu lassen. (Falls Sie nicht möchten, dass das AIS Ihrem Wohnheim eine Kopie der erwähnten Verfügung zustellt, so streichen Sie bitte diesen Absatz.)

Unterschrift des Menschen mit Behinderungen oder der gesetzlichen Vertretung (falls bestehend)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | Ort |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Vorname |  | Name |  | Unterschrift |
|  |  |  |  |  |