|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  Amt für Integration und Soziales  Rathausplatz 1  Postfach  3000 Bern 8  +41 31 635 22 42  info.blg@be.ch  [www.be.ch/blg](http://www.be.ch/blg) |  |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  Amt für Integration und Soziales  Rathausplatz 1  Postfach  3000 Bern 8 |
|  |

# Vollmacht AssistMe

Falls Menschen mit Behinderungen ihr Dossier in AssistMe nicht selber führen können oder möchten, kann eine andere Person dazu bevollmächtigt werden.

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und unterzeichnen Sie es rechtsgültig.

Laden Sie dieses Formular in der Webapplikation AssistMe hoch.

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 |
|  |  |  | | |  |  |

Angaben zur Vollmacht

Welche Vollmacht wird erteilt?

Gesamtvertretung zur Führung des gesamten Dossiers in AssistMe

Vollmacht zur Erstellung, dem Einreichen und der Freigabe der Abrechnungen in AssistMe

Vollmacht zur Einsicht in das Dossier in AssistMe (nur lesend)

Bevollmächtigte Person

1. Personalien

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anrede | | |  | Titel | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
| Vorname | | |  | Name | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
| Institution oder Firma | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Telefonnummer | | |  | Mobiltelefon | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
| E-Mail | | |  | Korrespondenzsprache | | | | | |
|  | | |  | Deutsch | |  | Français | |
| Adresszeile 1 | | |  | Adresszeile 2 | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
| PLZ |  | Ort | | |  | | | Kanton | |
|  |  |  | | |  | | |  | |

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

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