|  |  |
| --- | --- |
| 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 Unterlagen Finanzierung (Akteneinsicht und Auskunft)

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 |
|  |  |  |  |  |

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.

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

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