BITTE AUSFÜLLEN UND

UMGEHEND ZURÜCKSENDEN !

_____
Zu- und Vorname

_____
Straße, Hausnummer

_____
Postleitzahl, Wohnort

ZAHLUNGSAUFTRAG

Ich beauftrage hiermit die Kreiskasse des Landratsamtes Main-Tauber-Kreis, die mir zustehenden Geldleistungen auf mein Konto

Bankbezeichnung:

BIC:

IBAN:

zu überweisen.

RÜCKBUCHUNGSVOLLMACHT

Gleichzeitig bevollmächtige ich das Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Amt für Pflege und Versorgung, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben – zu viel gezahlte oder überzahlte Beträge von diesem Konto abzubuchen, soweit sie dem Konto bereits zugeschrieben und noch verfügbar sind.

Hinweis:
Die Erteilung dieser Rückbuchungsvollmacht ist freiwillig und die Verweigerung dieser Vollmacht hat für Sie als Antragsteller keinerlei Folgen.
Insbesondere kann die beantragte Sozialleistung dadurch nicht verweigert werden.

Diese Einwilligung gilt so lange, wie Sozialhilfeleistungen gewährt werden. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Berechtigten
Oder seines gesetzlichen Vertreters

Landratsamt Main-Tauber-Kreis
- Amt für Pflege und Versorgung -
Am Wört 1
97941 Tauberbischofsheim