

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name:

Geburtsdatum:

(letzter) Wohnort in Deutschland:

ggf. AZR / ZAB:

folgende Person(en):

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

bei folgenden Behörden:

- zuständige Ausländerbehörde
- zuständige Unterbringungsbehörde
- Landesdirektion Sachsen
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Bundespolizei
- Polizeidirektion
-

und / oder folgender Personen und Institutionen:

- Behörden
- Anwält*in
- Ärzt*in / Klinikum
-

bezüglich:

- Aufenthaltsrecht (aufenthaltsbeendende Maßnahmen, Aufenthalt, Wiedereinreise, Abschiebungshaft etc.)
- Asylbewerberleistungsrecht (Unterbringung, Sozialleistung, Gesundheitsversorgung etc.)
- Asylrecht
-

mündlich wie schriftlich Auskunft zu erhalten. Dies beinhaltet die Übersendung solcher Auskünfte an die o.g. E-Mail-Adresse. Ich bin darüber informiert, dass E-Mails sowie Anhangdateien an diese Adresse unverschlüsselt übersendet werden.

Diese Vollmacht umfasst:

Diese Vollmacht umfasst ausdrücklich NICHT:

z.B. Vornahme von Verfahrenshandlungen, Abgabe von verbindlichen Erklärungen, Empfangsberechtigung für Bescheide, Akteneinsicht, Paketsendungen und -annahme, Veräußerung von Besitztümern

Ich habe diese Vollmacht verstanden. Ich kann diese Vollmacht jederzeit widerrufen.

Sie ist längstens gültig bis: _____

Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber*innen