



## Aftale om begrænset fuldmagt

### Borgers oplysninger

Navn	
Adresse	
Cpr.nr	

### Fuldmagtshavers oplysninger

Navn/firma	
Adresse	
Alm. mailadresse	

### Digital kommunikation med fuldmagtshaver

Da Køge Kommune primært sender digital post ønskes gerne én af følgende tre muligheder udfyldt. Hvis dette ikke er muligt vil fuldmagtshaver først modtage alt skriftlig kommunikation med almindelig brev op til 5 dage efter afsendelsen.

Cvr. nr.	
Cpr. nr.	

Jeg ønsker at ovenstående får begrænset fuldmagt i min sag om:

--

Jeg ønsker at give fuldmagt til at vedkommende kan (sæt kryds i ét eller flere felter nedenfor)

Anmode om aktindsigt i min sag	<input type="checkbox"/>
Drøfte min sag med sagsbehandler – herunder udtale sig i sagen på vegne af mig	<input type="checkbox"/>
Aftale møde med sagsbehandler	<input type="checkbox"/>
Klage i min sag	<input type="checkbox"/>

Andet (beskriv præcist hvad du ønsker at fuldmagten skal kunne bruges til)	
--	--

Jeg er bekendt med at min:

- Fuldmagtshaver ikke anses som en partsrepræsentant i min sag.
- Sagsbehandler ingen forpligtelse har til at sikre at eventuelle møder kan holdes sammen med min fuldmagtshaver.
- Fuldmagtshaver som udgangspunkt ikke automatisk vil modtage kopi af de dokumenter der sendes til mig (herunder indkaldelsesbreve, partshøringskrivelser og afgørelser). Det er derfor mit eget ansvar at holde fuldmagtshaver orienteret om udviklingen i min sag.

Jeg er klar over, at en fuldmagtshaver med begrænset rettigheder ikke fritager mig fra at deltage personligt i møder og andre aktiviteter i min sag.

Jeg er derudover klar over, at hvis den aktuelle sag ophører, vil fuldmagten ikke omfatte en eventuel følgende sag. Jeg skal i den forbindelse udarbejde en ny fuldmagt.

Underskrift dato	
------------------	--

Efter udfyldelse skal skemaet sendes til:

**Køge Kommune  
Torvet 1  
4600 Køge**

**Att. Ældre- og Sundhedsafdelingen.**