KANTON NIDWALDEN
GESUNDHEITS- UND SOZIALDIREKTION
SOZIALDIENST
Engelbergstrasse 34, Postfach 1243, 6371 Stans
Telefon 041 618 75 50, www.nw.ch

INKASSO VOLLMACHT

Der/die Unterzeichnende

Name/Vorname: .....

Adresse/Wohnort: .....

beauftragt und bevollmächtigt unter Einräumung des Substitutionsrechtes

die Alimentenhilfe Nidwalden, Engelbergstrasse 34, 6371 Stans

gestützt auf den rechtskräftigen Unterhaltstitel, zur gerichtlichen oder aussergerichtlichen Vertretung und zur Geltendmachung folgender Unterhaltsansprüche:

☐ Erwachsenenalimente

☐ Kinderalimente (in gesetzlicher Vertretung folgender Kinder)

Name/Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Name/Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Name/Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

☐ Kinderalimente nach Mündigkeit

gegenüber dem/der Unterhaltspflichtigen:

Name/Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse/Wohnort: .....

Der Alimentenhilfe Nidwalden wird das Vertretungsrecht eingeräumt: sie ist befugt, alles zu unternehmen, was zur Wahrung der Interessen des/der Auftraggebers/-in dient und für notwendig und angebracht erachtet wird.

Die Vollmacht enthält insbesondere folgende Befugnisse:

- die Kompetenz, den/die Auftraggeber/-in vor allen Behörden und Gerichten zu vertreten, Betreibung (inkl. Rechtsöffnungsverfahren)

- das Recht, beim Richter im Sinne von Art. 132 sowie Art. 177 und Art. 291 ZGB das Gesuch zu stellen, es seien die Schuldner/-innen des/der Unterhaltspflichtigen anzuweisen, die Unterhaltsbeiträge direkt an die Alimentenhilfe Nidwalden zu leisten.

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass gestützt auf § 13 Abs. 2 der Vollzugsverordnung zum Gesetz über die Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV) vom 16. Dezember 2014 unterhaltsberechtigten Erwachsenen die bei der verpflichteten Person nicht einbringlichen Kosten Dritter (Betreibungskosten, Gerichtskosten etc.) in Rechnung gestellt werden, wenn sie über die erforderlichen Mittel verfügen. Der diesbezügliche Richtsatz richtet sich nach den Bestimmungen des Sozialhilfegesetzes vom 22. Oktober 2014 betreffend der wirtschaftlichen Sozialhilfe.

Der/die Unterzeichnende bestätigt, eine Kopie dieser Vollmacht erhalten zu haben und erklärt sich einverstanden, für allfällige Auslagen im Zusammenhang mit dem Inkasso für nicht einbringliche Kosten Dritter aufzukommen, wenn das soziale Existenzminimum überschritten ist.

Ort/Datum: Unterschrift: