



AUFTRAG UND VOLLMACHT

Hiermit beauftrage ich nachstehend bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf Leistungen der Sozialversicherung, insbesondere der AHV, IV, EL und EO gegenüber der zuständigen Ausgleichskasse zu vertreten.

Es ist mir und der bevollmächtigten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können.

Die Unterzeichneten nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 87-91 AHVG; Art. 70 IVG; Art. 16 ELG und Art. 25 EOG) und zu Rückforderungsansprüchen führen können. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse schriftlich zu melden.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

Leistungsberechtigte Person

Name _____ Vorname: _____
 Vers.-Nr.: _____ Geb.-Datum: _____
 Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel.-Nr.: _____ Zivilstand: _____
 Datum: _____ Unterschrift: _____

Beauftragte Person

Name _____ Vorname: _____
 Vers.-Nr.: _____ Geb.-Datum: _____
 Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel.-Nr.: _____ Zivilstand: _____
 Datum: _____ Unterschrift: _____