

Vollmacht/Ermächtigung

Vollmacht Die aufgeführte Person/Stelle vertritt mich gegenüber den Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden vollumfänglich in den angekreuzten Geschäften.

oder

Ermächtigung Die aufgeführte Person/Stelle ist ermächtigt, bei den Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden Auskünfte zu den angekreuzten Geschäften einzuholen.

Hier Geschäfte ankreuzen, die Sie betreffen:

AHV-Renten Ergänzungsleistungen (EL)	Beiträge an die AHV/IV/EO Erwerbsersatzordnung (EO) Familienzulagen (FZ) Mutterschaftsentschädigung (MSE) Vaterschaftsentschädigung (VSE)	IV-Massnahme und IV-Hilfsmittel (berufliche/medizinische) IV-Renten, IV-Taggelder (IV-Stelle und Ausgleichskasse) Hilflosenentschädigungen (IV-Stelle und Ausgleichskasse)
---	---	---

► Diese Vollmacht /Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf für die angekreuzten Geschäfte.

Meldepflichten bei Leistungsbezügen

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb sofort und unaufgefordert der AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde oder den Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Vollmachtnehmer/in

Versicherten-Nr. bei natürlichen Personen

7 5 6.

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Datum	_____	Unterschrift	_____

Vollmachtgeber/in

Versicherten-Nr.

oder Abrechnungs-Nr. (xxx.xxx oder xx.xxx.xxx)

7 5 6.

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ, Ort	_____
Datum	_____	Unterschrift	_____

► Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arztzeugnis beizulegen.