

## 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:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AHV-Renten                   | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO        | <input type="checkbox"/> IV-Massnahme und IV-Hilfsmittel (berufliche/medizinische) |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL)    | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO)        | <input type="checkbox"/> IV-Renten, IV-Taggelder (IV-Stelle und Ausgleichskasse)   |
| <input type="checkbox"/> Überbrückungsleistungen (ÜL) | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ)             | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigungen (IV-Stelle und Ausgleichskasse)  |
|   | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) |  |
|   | <input type="checkbox"/> Vaterschaftsentschädigung (VSE)  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Betreuungsentschädigung (BUE)    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Adoptionsentschädigung (AdopE)   |  |

► **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.**

► **Bei minderjährigen Versicherten hat die gesetzliche Vertretung (Eltern, Elternteil oder Beistand) stellvertretend für die/den Vollmachtgeber/in zu unterzeichnen.**