

Vollmacht/Ermächtigung

Gegenüber der **SVA St.Gallen, Brauerstrasse 54, 9016 St.Gallen,**

- beauftrage ich den/die Vollmachtnehmer/in, meine Interessen vollumfänglich zu vertreten
- ermächtige ich die angeführte Person bzw. Stelle bei der SVA St.Gallen nur Auskünfte einzuholen
(keine Vertretung, keine Zustellung von Korrespondenzen),

in Bezug auf folgende Geschäfte (bitte nur Geschäfte ankreuzen, die Sie betreffen):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AHV-Renten | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO | <input type="checkbox"/> IV-Massnahmen (berufliche/medizinische)
und IV-Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL) | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO) | <input type="checkbox"/> IV-Renten, IV-Taggelder
(IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| <input type="checkbox"/> Pflegefinanzierung (PF) | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ) | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigungen
(IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) | |

► **Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.**

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 der SVA St.Gallen gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Vollmachtnehmer/in

Versicherten-Nr. bei natürlichen Personen	
Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Datum	Unterschrift

Vollmachtgeber/in

Versicherten-Nr.	oder Abrechnungs-Nr.
Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Datum	Unterschrift

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