

Vollmacht/Ermächtigung

Vollmacht Die aufgeführte Person/Stelle vertritt mich gegenüber der SVA St.Gallen vollumfänglich in den angekreuzten Geschäften.

oder

Ermächtigung Die aufgeführte Person/Stelle ist ermächtigt, bei der SVA St.Gallen 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-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 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 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. (xxx.xxx oder xx.xxx.xxx)

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift

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