

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

► **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.**