



Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtige ich alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte, med. Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen (insbesondere Steuerämter) sowie private Fürsorgeeinrichtungen, Banken, und Vorsorgeeinrichtungen gemäss BVG

der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Kloten alle erforderlichen Auskünfte betreffend meiner Person zu geben, welche für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung für die Berechnung der Zusatzleistungen zur AHV/IV nötig sind.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Sämtliche Unterlagen, die zur Beurteilung eines Anspruchs notwendig sind, habe ich vollständig und wahrheitsgetreu zusammengestellt. Von den Strafbestimmungen habe ich Kenntnis genommen.

Ort/Datum: _____, _____ Unterschrift: _____