



Vollmacht/Ermächtigung

(bitte zutreffendes jeweils ankreuzen)

Ich beauftrage den/die Vollmachtnehmer/in, meine Interessen gegenüber der **Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Kloten** vollumfänglich zu vertreten (Zustellung aller Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln, Akteneinsicht, usw.)

Ich ermächtige die aufgeführte Person bei der **Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Kloten** Akteneinsicht zu verlangen und Auskünfte einzuholen (keine Vertretung)

in Bezug auf folgende Geschäfte:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Renten/IV-Taggelder | <input type="checkbox"/> EO/Mutterschaftsentschädigung | <input type="checkbox"/> Familienzulagen |
| <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht KVG | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatz für Alleinerziehende |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Prämienverbilligung | <input type="checkbox"/> Festsetzung und Bezug der Beiträge |

Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Meldepflicht

Es ist sowohl dem/der Vollmachtgeber/in als auch dem/der Vollmachtnehmer/in bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe von Zusatzleistungen zur AHV/IV beeinflussen können und deshalb der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Kloten sofort und unaufgefordert zu melden sind. Es wird zur Kenntnis genommen, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen (ATSG Art. 25).

Vollmachtnehmer/in

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift

Vollmachtgeber/in

756._____
Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, reichen Sie uns bitte ein Arztzeugnis ein.