

Vollmacht / Ermächtigung

(bitte zutreffendes jeweils ankreuzen)

Ich beauftrage den/die Vollmachtnehmer/in, meine Interessen gegenüber der **Arbeitslosenkasse Schaffhausen** vollumfänglich zu vertreten (Zustellung aller Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln, Akteneinsicht, usw.)

Ich ermächtige die aufgeführte Person bei der **Arbeitslosenkasse Schaffhausen** Akteneinsicht zu verlangen und Auskünfte einzuholen (keine Vertretung)

► 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 gewisser Leistungen beeinflussen können und deshalb dem SVA Schaffhausen sofort und unaufgefordert zu melden sind. Es wird zur Kenntnis genommen, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Personalien

Vollmachtnehmer/in

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmachtgeber/in

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

AHV-Nummer

Ort, Datum

Unterschrift

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

