

Vollmacht / Ermächtigung

(bitte zutreffendes jeweils ankreuzen)

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

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

in Bezug auf folgende Geschäfte:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Renten/IV-Taggelder | <input type="checkbox"/> EO/MSE/VSE/BUE | <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 |
| <input type="checkbox"/> Überbrückungsleistungen | | <input type="checkbox"/> Zugang AHVeasy |

► 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 / Firma

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmachtgeber/in

Name / Firma

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Versicherten-Nr.

oder Abrechnungs-Nr. (nur für Beitragskunden)

Ort, Datum

Unterschrift

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