

Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:



Gemeindeverwaltung Mönchaltorf
Soziales
Esslingerstrasse 2
8617 Mönchaltorf
Telefon 044 949 40 10
Direkt 044 949 40 12
soziales@moenchaltorf.ch

Rechtshandlungen mit Gemeinde Mönchaltorf: Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber der Gemeinde Mönchaltorf wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Gemeinde Mönchaltorf in den Bereichen AHV, IV, BVG (Pensionskasse), Versicherungen allgemein, Erwerbsersatzordnung, Mutterschaftsentschädigung, Prämienverbilligung, Kinderzulagen, Familienzulagen und Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Ich befreie die Gemeinde Mönchaltorf von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Es ist mir als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin und dem/der Bevollmächtigten bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen können. Wirtschaftliche und persönliche Änderungen werden deshalb durch mich oder den Bevollmächtigten / die Bevollmächtigte unverzüglich der Gemeinde Mönchaltorf gemeldet.

Ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin und der/die Bevollmächtigte nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen zurück zu erstatten sind.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit meinem Ableben, der Verschollenenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte:

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Name, Vorname / Institution

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin:

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Name, Vorname

Geschlecht

weiblich männlich

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.