

Vertretungsvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die nachstehend bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen (AHV/IV/EO, Ergänzungsleistungen, Arbeitslosentaggeld, Familienzulagen und Inkasso) gegenüber der Ausgleichskasse Appenzell Innerrhoden wahrzunehmen.

Verwendung der Vollmacht

Bitte teilen Sie uns mit, wofür die Vollmacht verwendet werden soll:

- Nur telefonische Auskünfte
- Gesamte Korrespondenz an Vollmachtnehmer
- Kopie der Korrespondenz an Vollmachtnehmer

Meldepflichten

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Bezugsberechtigung beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb sofort und unaufgefordert der Ausgleichskasse Appenzell Innerrhoden gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) Geburtsdatum

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

Ort, Datum Unterschrift der bevollmächtigten Person

.....

Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin:

Name, Vorname

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) Geburtsdatum

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers /
der Vollmachtgeberin

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