

Akteneinsicht

- Ich wünsche die Zustellung der vollständigen Akten als versicherte Person.

Personalien versicherte Person und Unterschrift (Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber)

Name (auch Name als ledige Person)

Vorname (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)

Versicherten-Nr.

Telefonnummer

E-Mail

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Adresse (des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)

- Hiermit erteile ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber den Sozialversicherungen Glarus, IV-Stelle Glarus, **einmalig den Auftrag (Ermächtigung)** der oder dem Bevollmächtigten **Kopien meiner Akten zu zustellen.**

Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arzteugnis beigelegt werden.

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Vorname und Name / Institution

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Die IV-Stelle Glarus nutzt für die **Zustellung der Akten** IncaMail, den E-Mail-Verschlüsselungsdienst der Schweizerischen Post. **Die Angabe einer E-Mail-Adresse ist daher zwingend erforderlich.**