

Vollmacht / Ermächtigung

Gegenüber den **Sozialversicherungen Glarus**, Burgstrasse 6, 8750 Glarus:

- beauftrage** ich den/die nachstehende/n Vollmachtnehmer/in, meine Interessen vollumfänglich zu vertreten (wie Zustellung aller Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln).
Hinweis: Die versicherte Person erhält keine Korrespondenz mehr.
 - Ich möchte dennoch Korrespondenz in Kopie erhalten.
- ermächte** ich die nachstehende Person bzw. Stelle bei den Sozialversicherungen Glarus nur Auskünfte einzuholen (keine Vertretung, keine Zustellung von Korrespondenzen).
- erteile** ich den Sozialversicherungen Glarus **einmalig den Auftrag**, der nachstehende Person bzw. Stelle, Kopien meiner **Akten zuzustellen**.

in Bezug auf folgende Geschäfte:

Ausgleichskasse

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL) | Erwerbsersatzordnung (EO) |
| <input type="checkbox"/> Berechnung AHV / IV Renten & Taggelder | Familienzulagen (FZ) |
| <input type="checkbox"/> Berechnung Hilflosenentschädigung | Mutterschaftsentschädigung (MSE) |
| Beiträge an AHV / IV / EO | Á à^!à!>& } *• ^ã ċ } *^} (Š) |

Invalidenversicherung (IV-Stelle)

- Invalidenversicherung (Alle Leistungen)

Diese Vollmacht gilt bis zum schriftlichen Widerruf (oder längstens bis zum Abschluss des IV-Gesuchs).

Meldepflicht bei Leistungsbezüger

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb umgehend und unaufgefordert der Gemeindezweigstelle oder den Sozialversicherungen Glarus gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnete nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Vollmachtnehmer/in

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familiename	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Tel. Nr.	E-Mail -Adresse
Datum	Unterschrift

Vollmachtgeber/in (versicherte Person)

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familiename	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Tel. Nr.	E-Mail -Adresse
Datum	Unterschrift

Bei minderjährigen Versicherten bitte um Angaben über die gesetzliche Vertretung (nachfolgende Angaben beziehen sich nur auf die gesetzliche Vertretung und sind vollständig und wahrheitsgetreu durch die gesetzliche Vertretung auszufüllen)

- Sorgeberechtigte/r Eltern / Elternteil Beistand

Gesetzliche Vertretung

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familiename	Vorname

Die gesetzliche Vertretung der vorgenannten versicherten Person erklärt sich mit ihrer Unterschrift auf diesem Formular mit der eingeräumten Vollmacht für den Vollmachtnehmer ausdrücklich einverstanden. Die gesetzliche Vertretung bestätigt mit ihrer Unterschrift sodann, die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Die gesetzliche Vertretung nimmt zur Kenntnis, dass unwahre und unvollständige Angaben zu Rückerstattungen unrechtmässig bezogener Leistungen führen und derartige Angaben auch die Strafbarkeit gemäss Art. 148a StGB auslösen können.