



## VOLLMACHT

Ich, der/die Unterzeichnende

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
AHV N°  
Adresse

erteile der/den folgende/n Person/en, die für ihr Dossier verantwortlich sind, die Vollmacht:

Name, Vorname  
Funktion

Informationen auszutauschen, die für die Prüfung des Anspruchs auf materielle Leistungen nach Artikel 34, 60, 61, 62, 63 und 64 des Gesetzes über die Eingliederung und die Sozialhilfe vom 10. September 2020 (GES) und Artikel 70, 71 und 72 der Verordnung über die Eingliederung und die Sozialhilfe (VES) vom 21. April 2021 erforderlich sind.

Der/die Bevollmächtigte(n) ist/sind berechtigt, von den nachstehend genannten Personen und Einrichtungen die Informationen zu erhalten, die zur Klärung der entscheidenden persönlichen und wirtschaftlichen Bedingungen für die Gewährung materieller Leistungen im Rahmen des GES notwendig sind, sofern der/die Unterzeichner/in diese Informationen nicht selbst zur Verfügung gestellt hat.

Ich ermächtige die folgenden Personen und Einrichtungen, diese Informationen dem/den Bevollmächtigten zur Verfügung zu stellen und ihm/ihnen die entsprechenden Unterlagen zuzusenden. Gegebenenfalls werden die betroffenen Personen in Bezug auf die entsprechenden Informationen von der Geheimhaltungspflicht entbunden.

- Versicherung (Bereich präzisieren) :
- Pensionskasse, Vorsorgeeinrichtung :
- Bank, Post :
- Gesetzlicher Vertreter, Anwalt/Anwältin :
- Arzt oder Gesundheitsexperte bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Begünstigten :
  
- Eigentümer der Wohnung :
- Ausgleichskasse :
- Andere Institution oder Person (zu bezeichnen) : .

Der/die Mandant/en erteilt/erteilen diese Vollmacht ausschließlich für den Erwerb :

- von Informationen über den Stand des Verfahrens und/oder die einzufordernden Beträge
- von Kopien der getroffenen Verfügungen und/oder von Gutachten
- von Kopien aller Dokumente, die es erlauben seine derzeitige und künftige finanzielle, administrative, medizinische oder soziale Situation zu ermitteln.

Sie ist auf einen Zeitraum von höchstens einem Jahr seit ihrer Unterzeichnung beschränkt. Sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort und Datum :

Unterschrift(en) :