

**Bankvollmacht**

Der/die Sozialhilfeempfänger/in :

Sohn von (Tochter von) :

AHV N° :

Geboren am :

Wohnhaft in :

ermächtigt das SMZ Oberwallis und sein Verwaltungspersonal, sich über seine finanziellen Mittel und Vermögenswerte zu informieren sowie das seiner Kinder:

* Name + Vorname + Geburtsdatum
* Name + Vorname + Geburtsdatum
* Name + Vorname + Geburtsdatum
* Name + Vorname + Geburtsdatum

Die Walliser Kantonalbank, UBS, Credit Suisse, Raiffeisenbank, Migros Bank, Bank Cler, Postfinance sowie jedes andere Schweizer und ausländische Bankinstitut können unverzüglich konsultiert werden und der/die Unterzeichnete stellt sie gegebenenfalls vom Bankgeheimnis frei.

Diese Vollmacht betrifft die Beschaffung von Informationen/Dokumenten für die letzten 6 Monate vor der Unterzeichnung. Sie ist auf die Dauer der Gewährung materieller Sozialhilfe beschränkt, jedoch auf jeden Fall höchstens auf ein Jahr nach der Unterzeichnung. Sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort und Datum :……………………………. Unterschrift : ……………………………………..

**Der Bankvollmacht muss eine Kopie der Identitätskarte oder der Aufenthaltsbewilligung der betreffenden Person oder Personen beigefügt werden.**

**Es wird darauf hingewiesen, dass Bank- und Postinstitute verpflichtet sind, den mit der
Ausführung des Gesetzes über die Eingliederung und die Sozialhilfe (GES) beauftragten
Personen die erforderlichen schriftlichen oder mündlichen Informationen unentgeltlich zur
Verfügung zu stellen (Artikel 62 GES, Auskunftspflicht Dritter).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vom Bankinstitut auszufüllen**

Nach Überprüfung und nach unserem Kenntnisstand, hat der/die obgenannte Person/en:

[ ]  ein oder mehrere Konten (Anzahl :……..) bei unserem Institut;

[ ]  eine oder mehrere Vollmachten auf Bankkonten (Anzahl:……), Wertpapieren (Anzahl:……), Aktien (Anzahl:…..), "safes" (Anzahl:…..) oder anderen Vermögenswerten (bitte angeben, welche:………………………) bei unserem Institut;

[ ]  ein oder mehrere Konten (Anzahl:…….) bei unserem Institut vor weniger als sechs Monaten abgeschlossen;

[ ]  kein Konto bei unserem Institut.

Bitte senden Sie dieses Dokument entweder:

per E-Mail an die Adresse

oder per Post an die Adresse SMZO, überbielstrasse 10, Postfach 493, 3930 Visp.

Datum :       Stempel und Unterschrift des Bankinstituts : ......................................