

### Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV-Leistungen, die Ergänzungsleistungen und die Pflegefinanzierung des Sozialversicherungszentrums Thurgau, St. Gallerstrasse 13, 8501 Frauenfeld, zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den AHV/IV-Leistungen, den Ergänzungsleistungen und der Pflegefinanzierung beeinflussen können. Somit werden eintretende wirtschaftliche und persönliche Änderungen durch mich als Vollmachtgeber/-in oder durch die nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person unverzüglich der AHV-Gemeindezweigstelle oder dem Sozialversicherungszentrum Thurgau gemeldet.

Ich als Vollmachtgeber/-in und die nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene AHV/IV-Leistungen, Ergänzungsleistungen und Beiträge für die Restfinanzierung zurückzuerstatten sind.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

#### Vollmachtgeber/-in, versicherte Person (anspruchsberechtigte Person)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Vollmachtnehmer/-in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, ist ein entsprechendes Arztzeugnis beizulegen.**

Bitte einsenden an:

Sozialversicherungszentrum Thurgau, Leistungen, St. Gallerstrasse 13, 8501 Frauenfeld