

Vollmacht/Ermächtigung

Gegenüber der **SVA St.Gallen, Brauerstrasse 54, 9016 St.Gallen,**

- beauftrage ich den/die Vollmachtnehmer/in, meine Interessen vollumfänglich zu vertreten
(wie Zustellung aller Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln),
- ermächtige ich die angeführte Person bzw. Stelle bei der SVA St.Gallen nur Auskünfte einzuholen
(keine Vertretung, keine Zustellung von Korrespondenzen),

in Bezug auf folgende Geschäfte:

Ausgleichskasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Renten/Taggelder | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO |
| <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung (HE) | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO) |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL) | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ) |
| <input type="checkbox"/> Pflegefinanzierung (PF) | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) |
| | <input type="checkbox"/> Individuelle Prämienverbilligung (IPV) |

IV-Stelle

- Invalidenversicherung (IV)

► **Diese Vollmacht gilt bis zum schriftlichen Widerruf.**

Meldepflichten bei Leistungsbezügen

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb sofort und unaufgefordert der AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde oder der SVA St.Gallen gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Vollmachtnehmer/in

Versicherten-Nr. bei natürlichen Personen

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Datum	Unterschrift

Vollmachtgeber/in

Versicherten-Nr.

oder Abrechnungs-Nr.

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Datum	Unterschrift

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