

Vollmacht/Ermächtigung

☐ **Vollmacht**

Die aufgeführte Person/Stelle ist bevollmächtigt, mich gegenüber der SVA Graubünden vollumfänglich in den angekreuzten Geschäften zu vertreten. Zu dieser Vollmacht gehört auch sämtliche Korrespondenz.

80/001

☐ **Ermächtigung für vollständige Akteneinsicht und Auskunftserteilung**

Die aufgeführte Person/Stelle ist ermächtigt, bei der SVA Graubünden die vollständigen Akten und Auskünfte zu den angekreuzten Geschäften einzuholen.

80/005

Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Kreuzen Sie bitte nur Fachbereiche an, die Sie betreffen.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ AHV-Leistungen | ☐ Beiträge an die AHV/IV/EO | ☐ IV-Leistungen |
| ☐ Ergänzungsleistungen | ☐ Familienzulagen | inkl. Hilfsmittel AHV und |
| ☐ Überbrückungsleistungen
für ältere Arbeitslose | ☐ Erwerbsausfallentschädigungen | Hilflosenentschädigung AHV |
| ☐ Individuelle Prämienverbilligung | - Betreuungsentschädigung | (IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| | - Erwerbsersatz für Dienstleistende | |
| | - Mutterschaftsentschädigung | |
| | - Entschädigung des anderen Elternteils | |

Wenn Sie keinen Fachbereich ankreuzen, gilt die Vollmacht resp. die Ermächtigung für alle Fachbereiche der SVA Graubünden.

Meldepflichten bei Leistungsbezügen

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen melden Sie bitte sofort und unaufgefordert der SVA Graubünden. - Der/Die Vollmachtgeber/in und der/die Bevollmächtigte/r wissen und akzeptieren, dass zu viel bezogene Leistungen zurückbezahlt werden müssen.

Vollmachtgeber/in

AHV-Nummer
7 5 6

Name

Adresse

Telefon

Datum

Geburtsdatum

Vorname

PLZ, Ort

E-Mail

Unterschrift

Bevollmächtigte/r

AHV-Nummer
7 5 6

Name

Adresse

Telefon

Datum

Geburtsdatum

Vorname

PLZ, Ort

E-Mail

Unterschrift
