

Vollmacht/Ermächtigung

Vollmacht Die aufgeführte Person/Stelle vertritt mich gegenüber der SVA Graubünden vollumfänglich in den angekreuzten Geschäften. Zu dieser Vollmacht gehört auch sämtliche Korrespondenz.

oder

Ermächtigung Die aufgeführte Person/Stelle ist ermächtigt, bei der SVA Graubünden Auskünfte zu den angekreuzten Geschäften einzuholen.

Kreuzen Sie bitte nur Geschäfte an, die Sie betreffen.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AHV Renten | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO | <input type="checkbox"/> IV-Massnahmen (berufliche / medizinische) und IV-Hilfsmittel (IV-Stelle) |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung (EL) | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ) | <input type="checkbox"/> IV-Renten, IV-Taggelder (IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| <input type="checkbox"/> Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜL) | <input type="checkbox"/> Betreuungsentschädigung (BUE) | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigungen (IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| <input type="checkbox"/> Individuelle Prämienverbilligung (IPV) | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO) | |
| | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) | |
| | <input type="checkbox"/> Vaterschaftsentschädigung (VSE) | |

Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

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 Unterzeichnende weiss und akzeptiert, dass zu viel bezogene Leistungen zurückbezahlt werden müssen.

Vollmachtnehmer/in

AHV-Nummer (13-stellig) bei natürlichen Personen

7	5	6	.									
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Datum _____

Geburtsdatum _____

Vorname _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Unterschrift _____

Vollmachtgeber/in

AHV-Nummer (13-stellig)

7	5	6	.									
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Datum _____

Geburtsdatum _____

Vorname _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Unterschrift _____

Sollte eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sein, senden Sie uns bitte ein Arzzeugnis.