

**Zusatzleistungen
zur AHV/IV**

Dorfstrasse 100
8706 Meilen
Tel. 044 925 92 41
sozialversicherungen@meilen.ch
www.meilen.ch

Vollmacht
Rechtshandlungen mit der Gemeinde Meilen
Abteilung Sozialversicherungen

Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber (anspruchsberechtigte Person)

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mailadresse

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die als Bevollmächtigte, Bevollmächtigter aufgeführte Person, meine Interessen in Bezug auf Zusatzleistungen zur AHV/IV (ZL) gegenüber der ZL-Durchführungsstelle der Gemeinde Meilen zu vertreten.

Ich befreie die ZL-Stelle von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der oder dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Ich wünsche, dass sämtliche Korrespondenz mit der ZL-Stelle ab sofort zuhanden der oder dem Bevollmächtigten erfolgt.

☐ JA ☐ NEIN

Es ist mir und der oder dem Bevollmächtigten bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen. Sie müssen jeweils unverzüglich und unaufgefordert der ZL-Stelle gemeldet werden. Unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht unterstehen den gesetzlichen Strafbestimmungen. Zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen zur AHV/IV müssen zurück-erstattet werden.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort/Datum

Unterschrift
der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

.....

.....