

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehende als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber der Ausgleichskasse Appenzell Ausserrhoden, Kasernenstrasse 4, 9102 Herisau, zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe der Leistungen beeinflussen können. Wir werden wirtschaftliche und persönliche Änderungen unverzüglich und unaufgefordert der AHV-Zweigstelle oder der Ausgleichskasse Appenzell Ausserrhoden, Kasernenstrasse 4, 9102 Herisau, melden.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Vollmachtnehmer/-in

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmachtgeber/-in (Leistungsbezüger/-in)

Versicherten-Nr.: _____

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Ort, Datum

Unterschrift

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