



Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz
 Postfach 53
 6431 Schwyz
 info@aksz.ch
 041 819 04 25

Vollmacht: Auskunft und Akteneinsicht

Hiermit ermächtige ich als **Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:**

<p>Privatperson</p> <p>AHV-Nummer: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Strasse: _____</p> <p>PLZ, Ort: _____</p>	<p>Unternehmen</p> <p>Abrechnungs-Nr: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Kontaktperson: _____</p> <p>Strasse: _____</p> <p>PLZ, Ort: _____</p>
---	---

die Ausgleichskasse, IV-Stelle, Familienausgleichskasse Schwyz,

der **Person oder Institution:**

<p>Privatperson</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Strasse: _____</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>	<p>Unternehmen / Institution</p> <p>Firma: _____</p> <p>Kontaktperson: _____</p> <p>Strasse: _____</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>
---	---

Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Die Vollmacht gilt für folgende Themen/Bereiche:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AHV/IV/EO/ALV-Beiträge | <input type="checkbox"/> Familienzulagen |
| <input type="checkbox"/> AHV-Leistungen | <input type="checkbox"/> Mutterschafts- / Vaterschaftsentschädigung |
| <input type="checkbox"/> Alimenteninkasso / -bevorschussung | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatz (EO) |
| <input type="checkbox"/> IV-Leistungen | <input type="checkbox"/> Betreuungsentschädigung |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Individuelle Prämienverbilligung |
| <input type="checkbox"/> Pflegefinanzierung | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Überbrückungsleistungen | <input type="checkbox"/> (Verlustscheine, Versicherungsobligatorium) |

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arzteugnis beigelegt werden.

Diese Vollmacht gilt nicht automatisch als Akteneinsichtsgesuch, ein solches ist separat zu stellen. Dieses Formular ist nicht für die behördliche Amts-/Verwaltungshilfe vorgesehen.

Datum: _____ Vollmachtgeber/in: _____