

• **VOLLMACHT:**

**Rechtshandlungen mit der Stadtverwaltung Wetzikon**

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die als Bevollmächtigte, Bevollmächtigter aufgeführte Person, meine Interessen bezüglich der Beiträge und Leistungen der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber der Stadtverwaltung Wetzikon wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Stadtverwaltung Wetzikon in den Bereichen Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie die Ergreifung von Rechtsmitteln.

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

Es ist mir als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber und der oder dem Bevollmächtigten bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen können. Wirtschaftliche und persönliche Änderungen werden deshalb durch mich oder die Bevollmächtigte, den Bevollmächtigten unverzüglich der Stadtverwaltung Wetzikon gemeldet.

Ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber und die oder die oder der Bevollmächtigte nehmen zu Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen zurück zu erstatten sind.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

**Zustellung der Korrespondenz an:**

- Bevollmächtigte, Bevollmächtigter
- Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Stadtverwaltung Wetzikon  
Sozialversicherungen  
Bahnhofstrasse 167  
8620 Wetzikon

• **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter:**

Name, Vorname / Institution:

.....

Strasse:

.....

PLZ, Ort:

.....

Telefon:

.....

Datum:

.....

Unterschrift der Bevollmächtigten,  
des Bevollmächtigten:

.....

• **Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber:**

AHV-Nummer:

.....

Name, Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

.....

PLZ, Ort:

.....

Datum:

.....

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des  
Vollmachtgebers:

.....