



VOLLMACHT - Vertretungsvollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgebende die nachstehende, als Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Zusatzleistungen zur AHV/IV gegenüber der Stadt Uster, Abteilung Soziales, Bahnhofstrasse 17, 8610 Uster, zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgebende und der Bevollmächtigten bekannt, dass Änderungen der wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse den Anspruch auf Zusatzleistungen zur AHV/IV beeinflussen können und wir diese Änderungen unverzüglich dem Sozialversicherungsamt der Stadt Uster zu melden haben.

Ich als Vollmachtgebende und die Bevollmächtigte haben zur Kenntnis genommen, dass zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen zur AHV/IV zurückzuerstatten sind.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Bevollmächtigte:

Herr / Frau _____

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Tel. / Mobile _____

E-Mail _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Vollmachtgebende (Rentnerin bzw. Rentner):

Herr / Frau _____

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____