ECAS
KSVA

Caisse de compensation
Ausgleichskasse
Fribourg – Freiburg

Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez
T +41 26 426 73 00 — www.ecasfr.ch

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die unten aufgeführte Person/Institution zur Vertretung meiner Interessen in Sachen Leistungen (AHV/IV-Renten / Hilflosenentschädigung der AHV/IV / Ergänzungsleistungen / Beteiligung an den Betreuungskosten für Personen, die in einem Heim leben / IV-Taggelder / Prämienverbilligung der Krankenversicherung) gegenüber der Ausgleichskasse des Kantons Freiburg.

☐ Ich wünsche, dass der Bevollmächtigte nur eine Kopie der Korrespondenz und Verfügungen erhält und dass die Originale mir zugestellt werden.

☐ Ich wünsche, dass der Bevollmächtigte die Originale der Korrespondenz und der Verfügungen erhält. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir keine Korrespondenz zugestellt wird.

☐ Anderes, gemäss folgenden Angaben: _____

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir, dass wir zur Kenntnis nehmen, dass sämtliche Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Situation des Leistungs-Bezügers oder einer in der Berechnung berücksichtigten Person, unverzüglich an die Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, Abteilung Leistungen, Postfach, 1762 Givisiez anzuzeigen sind. Zu Unrecht bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten.

Diese Vollmacht bleibt bis zur **schriftlichen Widerrufung** gültig. Zudem verliert diese Vollmacht bei Ernennung eines offiziellen Vertreters durch das Friedensgericht (Erwachsenenschutzbehörde) ihre Gültigkeit.

Bevollmächtigte Person oder Institution

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Institution: _____

Vollständige Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

Vollmachtgebende Person (Versicherte/r)

AHV-Nummer: 756. _____

Name, Vorname: _____

Vollständige Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____