

Ergänzungsleistungen (EL)

Erklärung

Name, Vorname: _____

Der (die) Unterzeichnende erklärt hiermit, dass er (sie) ab _____ jegliche Erwerbstätigkeit endgültig aufgegeben hat und weder einen Bar- noch einen Naturallohn (Verpflegung und Unterkunft) bezieht.

Der/Die Unterzeichnende verpflichtet sich die Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, Abteilung Leistungen, Postfach, 1762 Givisiez unverzüglich schriftlich zu informieren bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit oder bei Bezug eines Bar- oder Naturallohnes sowie jede Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse. **Wird dies unterlassen, müssen die unrechtmässig bezogenen Ergänzungsleistungen zurückerstattet werden.**

Datum: _____ Unterschrift: _____