

Vollmacht / Ermächtigung

Gegenüber der **Ausgleichskasse des Kantons Solothurn**, Allmendweg 6, 4528 Zuchwil:

- ☐ **beauftrage** ich die nachstehende Person, meine Interessen vollumfänglich zu vertreten
(wie Zustellung aller Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln).
Hinweis: Die versicherte Person erhält keine Korrespondenz mehr.
☐ Ich möchte dennoch Korrespondenz in Kopie erhalten.
- ☐ **ermächtige** ich die nachstehende Person bzw. Stelle bei der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn nur Auskünfte einzuholen (keine Vertretung, keine Zustellung von Korrespondenzen).
- ☐ **erteile** ich der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn einmalig den Auftrag, der nachstehenden Person bzw. Stelle, Kopien meiner Akten zuzustellen.

Vollmacht / Ermächtigung für folgende Fachbereiche:

Ausgleichskasse

- | | |
|---|---|
| ☐ Ergänzungsleistungen (EL) | ☐ Familienzulagen (FZ) |
| ☐ Berechnung AHV / IV-Renten & Taggelder | ☐ Mutterschaftsentschädigung (MSE) |
| ☐ Berechnung Hilflosenentschädigung | ☐ Überbrückungsleistungen (ÜL) |
| ☐ Beiträge an AHV / IV / EO | ☐ Individuelle Prämienverbilligung (IPV) |
| ☐ Erwerbsersatzordnung (EO) | ☐ alle Fachbereiche |

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Ort, Datum und Unterschrift der bevollmächtigten Person

Vollmachtgebende Person:

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Heimatort oder -staat

Adresse

PLZ, Ort

Ort, Datum und Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Ausgleichskasse des Kantons Solothurn
Allmendweg 6
4528 Zuchwil

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