

VOLLMACHT ZUR EINHOLUNG VON AUSKÜNFTEN, ENTBINDUNG DER SCHWEIGEFLICHT

Der/die Unterzeichnende

Name, Vorname _____
Gesuchstellende/r

Geburtsdatum _____

wohnhaft _____

erteilt

der/den mit der Bearbeitung des Antrages um finanzielle Direkthilfe / Hilfsmittelbeschaffung /
Reparaturen

Name, Vorname _____

Funktion Sachbearbeiter /in Direkthilfe und Hilfsmittel, ALS Schweiz

die vorliegende Vollmacht für die Abklärung des Anspruchs auf finanzielle Direkthilfe oder Hilfsmittel¹.

Der/die Bevollmächtigte/n wird/werden berechtigt, Informationen einzuholen, die für die Gewährung der beantragten Unterstützung erforderlich sind, sowie eine Fachorganisation (z.B. SAHB) mit Abklärungsmassnahmen zu beauftragen.

Die aufgeführten Stellen und Personen werden ermächtigt, dem/der/den Bevollmächtigten die entsprechenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zukommen zu lassen. Soweit eine spezielle Schweigepflicht besteht, werden die betroffenen Personen für die Auskunftserteilung davon befreit.

Arzt/Ärztin bzw. Gesundheitsfachperson betreffend Unterstützungsbedarf

Weitere Institutionen oder Personen XY
(Muss in jedem Einzelfall individuell festgelegt werden).

Die Vollmachtgeberin/der Vollmachtgeber erteilt die vorliegende Vollmacht ausschliesslich zur Beschaffung von Informationen, die sie/er selbst nicht oder nicht vollständig liefern kann.

Diese Vollmacht ist zeitlich auf die Dauer von 6 Monaten beschränkt. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum:

Unterschrift:
