

**VOLLMACHT ZUR EINHOLUNG VON AUSKÜNFTE N, ENTBINDUNG DER SCHWEIGE PFLICHT**

Der/die Unterzeichnende

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Gesuchstellende/r

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

wohnhaf t \_\_\_\_\_

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 Hilfsmittel<sup>1</sup>.

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:

\_\_\_\_\_