

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).

Vollmacht / Ermächtigung für folgende Fachbereiche:

Ausgleichskasse

Ergänzungsleistungen (EL)

AHV / IV-Renten & Hilflosenentschädigung

IV-Taggeld

Beiträge an AHV / IV / EO

Erwerbsersatzordnung (EO)

Familienzulagen (FZ)

Mutterschaftsentschädigung (MSE)

Überbrückungsleistungen (ÜL)

Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

alle Fachbereiche

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Unterschrift der bevollmächtigten Person

Vollmachtgebende Person:

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Heimatort oder -staat

Adresse

PLZ, Ort

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.