

# Gesuch um Drittauszahlung von Leistungen der AHV/IV/EO /EL/ÜL/FamZ



## 1. Personalien der leistungsberechtigten Person

### 1.1 Name

Auch Name als ledige Person

### 1.2 Alle Vornamen

Rufname in Grossbuchstaben

### 1.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

### 1.4 AHV-Nummer

13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.

Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

### 1.5 Adresse

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

### 1.6 Besteht eine Beistandschaft?

ja  nein

Wenn ja: Name und Adresse des Beistandes

Vollständige Adresse mit Strasse, PLZ, Ort

Sitz der Erwachsenenschutzbehörde

Vollständige Adresse mit Strasse, PLZ, Ort

**Beilage:** Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben

## 2. Art und Höhe der Leistung

### 2.1 Für welche Leistung der AHV/IV/EO/EL/ÜL/FamZ wird Drittauszahlung beantragt?

### 2.2 Wie hoch ist die Leistung (in Franken)?

falls bekannt

## 3. Gesuch um Drittauszahlung

### 3.1 Erfolgt das Gesuch auf Begehren der leistungsberechtigten Person?

ja  nein

Begründung, weshalb Drittauszahlung gewünscht wird:

**Hinweis:**

Wenn ja, muss die leistungsberechtigte Person mit ihrer Unterschrift unter Ziffer 5 die Vollmacht erteilen und das Gesuch von der in Ziffer 4 bezeichneten Person oder Behörde unterschreiben lassen.

**3.2 Erfolgt das Gesuch auf Begehren einer Drittperson oder Behörde?**

ja  nein

Begründung, weshalb die zweckgemässe Verwendung der Leistung durch die leistungsberechtigte Person in Frage gestellt ist und sie nicht im Stande ist, die Leistung selber zu verwenden.

**3.3 Wird die leistungsberechtigte Person dauerhaft unterstützt?**

ja  nein

**4. Auszahlung der Leistung**

---

Die Auszahlung der Leistung erfolgt auf das Bank- oder Postkonto der Drittperson oder Behörde:

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Adresse der Drittperson oder Behörde

Vollständige Adresse mit Strasse, PLZ, Ort

Name und Adresse der Bank / Post

Vollständige Adresse mit Strasse, PLZ, Ort

IBAN

**Bemerkungen**

## 5. Wichtige Hinweise und Unterschrift

Die leistungsberechtigte Person, die Drittperson oder Behörde haben von dem ihnen zugestellten Merkblatt 3.05 - Drittauszahlung von Leistungen der AHV/IV/EO/EL/ÜL/FZ Kenntnis genommen.

Die Drittperson oder Behörde verpflichtet sich, die zuständige AHV-Ausgleichskasse, die IV-Stelle, die EL-Stelle, die ÜL-Durchführungsstelle bzw. die Familienausgleichskasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn eine Änderung in den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen der leistungsberechtigten Person eintritt, die Einfluss auf eine Leistung hat (Ehemann oder Ehefrau, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner, Kinder). Darunter fallen z.B. Heirat oder Eintragung der Partnerschaft, Scheidung oder gerichtliche Auflösung, Geburt, Tod, Adressänderung, länger als 3 Monate währender Auslandsaufenthalt der leistungsberechtigten Person, Aufnahme, Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung von über 18-jährigen Kindern, usw. Die Drittperson oder Behörde nimmt davon Kenntnis, dass sie gesetzlich verpflichtet ist, Leistungen, auf die kein Anspruch oder nur in geringerer Höhe bestand, zurückzuerstatten.

Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass ihre Angaben wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort und Datum	Unterschrift der leistungsberechtigten Person oder der Vertreterin / des Vertreters
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse der Vertreterin / des Vertreters

Ort und Datum	Unterschrift der Drittperson oder Behörde, auf deren Begehren das Gesuch auf Drittauszahlung gestellt wird, resp. an welche die Leistung gemäss obiger Vollmacht der leistungsberechtigten Person auszurichten ist
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen.**

### Beilagen:

- Vollmacht für den Vertreter / die Vertreterin im Original
- Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben