



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Amt für Integration und Soziales

Februar 2024

MUSTERVOLLMACHT

Der/die unterzeichnende

Name, Vorname

(beide [Ehe]Partner)

Geburtsdatum

Weitere Personalien

(z.B. Fallnummer, AHV-Nummer, etc.)

erteilt/erteilen hiermit

der/den mit der Bearbeitung des Falles befassten Person/en

Name, Vorname

Funktion

des Sozialdiensts /
der Abteilung Soziales
der Gemeinde

die vorliegende Vollmacht für die Abklärung des Anspruchs auf wirtschaftliche Hilfe gemäss Artikel 57d Absatz 3 Sozialhilfegesetz¹.

Der/die Bevollmächtigte/n wird/werden berechtigt, von den nachfolgend aufgeführten Stellen und Personen Informationen einzuholen, die zur Abklärung der finanziellen und persönlichen Verhältnisse für die Gewährung von wirtschaftlicher Hilfe nach Sozialhilfegesetz erforderlich sind.

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.

Versicherung
(welche Art Versicherung, Name der Versicherungsgesellschaft etc.)

Pensionskasse, BVG-Einrichtungen
(Genaue Bezeichnung der Einrichtung)

¹ Gesetz vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1)

- Bank, Post
(Genaue Bezeichnung der Einrichtungen und der Konten (Konto-Nr., Filiale))
-

- (Rechts)Vertreter/in, Anwalt/Anwältin
(Personalien)
-

- Arzt/Ärztin bzw. Gesundheitsfachperson betreffend Behandlung XY
(Praxis und Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Gesundheitsfachperson. Umschreibung des Behandlungsverhältnisses [z.B. Ärztin N.N. betreffend Behandlung Rückenschmerzen.] Eine pauschale Vollmacht bezogen auf alle laufenden Behandlungen ist nicht zulässig.)
-

- 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 oder geliefert hat und die nicht gestützt auf die gesetzlichen Grundlagen direkt bei anderen Stellen und Personen eingeholt werden können.

Diese Vollmacht ist zeitlich auf die Dauer des Bezugs von wirtschaftlicher Hilfe begrenzt, längstens jedoch auf zwei Jahre. Sie kann jederzeit widerrufen werden

Ort und Datum: _____

Unterschrift/en der/s Vollmachtgebers/in: _____