

Vollmacht

Der/die Unterzeichnende:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

erteilt mit der Unterzeichnung dieses Formulars dem Sozialdienst der Gemeinde Davos eine Vollmacht für die Abklärung des Anspruchs auf wirtschaftliche Hilfe gemäss Art. 8b Abs.3 des Sozialhilfegesetzes.

Der Sozialdienst der Gemeinde Davos wird berechtigt, von den nachfolgend aufgeführten Stellen oder Personen Informationen zur Abklärung der finanziellen und persönlichen Verhältnisse einzuholen, soweit diese Informationen für die Gewährung von wirtschaftlicher Hilfe erforderlich sind.

1. Bank

Genauere Bezeichnung der Einrichtungen und der Konten (Kontonummer, Filiale)

2. Post

Genaue Bezeichnung der Konten (Kontonummer)

3. Pensionskasse, Vorsorgeeinrichtung (BVG)

Genaue Bezeichnung der Einrichtung

4. Krankenkasse

Genaue Bezeichnung der Einrichtung, Policennummer

5. Lebensversicherung, Freizügigkeitskonto (Säule 3a, 3b)

Genaue Bezeichnung der Einrichtung, Policennummer, Kontonummer

6. Hausrats-/Haftpflichtversicherung

Genaue Bezeichnung der Versicherungsgesellschaft, Policennummer

Bei Arbeitsunfähigkeit

7. Arzt/Ärztin betreffend Arbeitsunfähigkeit

Name des Arztes/der Ärztin bzw. der Praxis. Umschreibung der Art und Dauer der Behandlung

Die aufgeführten Stellen oder Personen werden ermächtigt, dem Sozialdienst der Gemeinde Davos die entsprechenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zukommen zu lassen.

Soweit eine spezielle Schweigepflicht besteht, werden die betroffenen Personen für die Auskunftserteilung davon befreit.

Der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin erteilt die vorliegende Vollmacht ausschliesslich zur Beschaffung von Informationen, die er/sie selbst nicht oder nicht vollständig oder sinnvollerweise nicht selber liefern kann und die nicht gestützt auf die gesetzlichen Grundlagen direkt bei anderen Stellen und Personen eingeholt werden können.

Der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin nimmt zur Kenntnis, dass der Sozialdienst der Gemeinde Davos jederzeit spezielle Vollmachten für die Einholung von weiteren Informationen, welche für die Abklärung von Ansprüchen gegenüber der Sozialhilfe notwendig sind, verlangen kann.

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: