

Ermächtigung – Akteneinsicht/Korrespondenzzustellung

Versicherte Person

Versicherten-Nr.

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

erteilt der nachstehend aufgeführten Stelle oder Person

Name/Vorname oder Institution

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

folgende Ermächtigung:

- Die IV-Stelle wird ermächtigt, der oben angeführten Stelle oder Person sämtliche sie/ihn betreffenden IV-Akten zur Einsichtnahme zuzustellen und dieser mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen.
- Die IV-Stelle wird ermächtigt, der oben angeführten Stelle oder Person Verfügungskopien folgender Entscheide (z.B. sämtliche Entscheide, Rentenentscheid, berufliche Massnahmen, usw.) zuzustellen:

- Sämtliche sie/ihn betreffende Korrespondenz ist an die Adresse der oben aufgeführten Person/Institution zu senden.

► **Diese Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.**

Datum

Unterschrift