

Vollmacht / Ermächtigung

Ich, als Vollmachtsgeber/in

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Geb.Datum	
Telefon	Email
Datum	Unterschrift

bevollmächtigte / ermächtigte folgende Person / Stelle

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	Email
Datum	Unterschrift

- mich in allen Bereichen** gegenüber der Liechtensteinischen Invalidenversicherung in den angeführten Geschäften **zu vertreten**.
- Auskünfte** von der Liechtensteinischen Invalidenversicherung in den angeführten Geschäften **einzuholen**.

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arzteugnis beizulegen.

Diese Vollmacht / Ermächtigung gilt für folgende Leistungen der Liechtensteinischen Invalidenversicherung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Früherfassung | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Integration / Rente | <input type="checkbox"/> Medizinische Massnahmen |
| <input type="checkbox"/> Lohnzuschuss | <input type="checkbox"/> Betreuungs- und Pflegegeld |
| <input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung |

Meldepflichten bei Leistungsbezügen

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb sofort und unaufgefordert gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Diese Vollmacht / Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf für die angekreuzten Geschäfte.