

Vollmacht

Der/die Unterzeichnete erteilt hiermit Vollmacht an:

- das **Pflegeheim Emserberg**, Tolustrasse 44, 3948 Unterems, bei der Ausgleichskasse des Kantons Wallis betreffend Erhalt einer Hilflosenentschädigung (AHV oder IV) die notwendigen Schritte einzuleiten

und ermächtigt:

- die zuständige Ausgleichskasse oder die IV-Stelle des Kantons Wallis, dem Pflegeheim Emserberg Kopien allfällig getroffener Entscheide betreffend Invalidenrente, Hilflosenentschädigung sowie Ergänzungsleistungen auszuhängen.

Herr / Frau : -----

Geburtsdatum : -----

AHV-Nr. : -----

Ort und Datum:

Unterschrift des/der Versicherten:

Name des gesetzlichen Vertreters:

Unterschrift des ges. Vertreters:
