

Vollmacht

Der/die Unterzeichnende

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____
AHV Nr. _____

ermächtigt die Sozialen Dienste Muri bei Bern, Thunstrasse 74, 3074 Muri bei Bern, Auskünfte und Unterlagen im nachstehend aufgeführten Umfang bei den zuständigen Stellen einzuholen:

- **AHV-Organe**
Vollständiger IK Auszug vom Vollmachtgeber mit erzielten Einkommen, erfüllten Beitragszeiten; angerechneten Erziehungs- und Betreuungsgutschriften sowie aufgrund von Scheidung beanspruchte Einkommensteilung (insgesamt enthaltend Angaben u.a. zu Arbeitgeberschaft, Versicherungsträgern, Einkommensart, beruflicher Status)
Zweck: Ermittlung fehlender Beitragsjahre zur Vermeidung von Beitragslücken/Abklärung der Bedürftigkeit, Ermittlung von allfälligen BVG Guthaben.
- **Steuerverwaltung**
Kantons- und Gemeindesteuer, Direkte Bundessteuer

Einwilligung zur Auskunftserteilung von Steuerdaten

Die unterzeichnende Person erteilt der Steuerverwaltung Muri bei Bern die Einwilligung, die in vorliegender Angelegenheit notwendigen Auskünfte und Angaben der zuständigen Stelle mitzuteilen. Sie entbindet die Steuerverwaltung Muri bei Bern dieser gegenüber von der Geheimhaltungspflicht gemäss Artikel 110 des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer (DGB, SR 642.11) und Artikel 153 des Steuergesetzes des Kantons Bern (StG, BSG 661.11)

- **BVG** (Anfrage Zentralstelle 2. Säule, Altersguthaben 2. und 3.te Säule bei allen betroffenen Stellen)

Die zuständigen Stellen werden ermächtigt, im oben aufgeführten Umgang den Sozialen Diensten Muri bei Bern mündlich und/oder schriftlich die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zukommen zu lassen.

Die Vollmacht ist jederzeit durch Mitteilung an die Sozialen Dienste Muri bei Bern widerrufbar – vorzugsweise schriftlich. Der Widerruf entbindet nicht von der gesetzlichen Mitwirkungspflicht, die zur Bedürfnisabklärung verlangten Unterlagen dem Sozialdienst beizubringen. Der Sozialdienst stellt sofort nach Erhalt dem Vollmachtgeber eine Kopie der IK-Auszüge mit der Einladung zu, Unstimmigkeiten innerhalb von 30 Tagen seit der an den Sozialdienst erfolgten Zustellung der Auszüge an die zuständige Ausgleichskasse zu melden. Er orientiert die zuständigen Stellen unverzüglich über den Widerruf der Vollmacht – im Falle der Schriftlichkeit mittels Kopie des Widerrufs.
Der Vollmachtgeber bestätigt unterschriftlich, ein gleichlautendes Doppel dieser Vollmacht erhalten zu haben.

Muri bei Bern,

Der Vollmachtgeber Unterschrift

Ehepartner/In Unterschrift

Vorname Name:

Vorname Name:

Intake/Vollmacht