

Akteneinsicht / Akten- Dokumentbestellung

- Ich wünsche die Zustellung der **vollständigen Akten** als versicherte Person.
- Ich wünsche die Zustellung der Akten **von der letzten Akteneinsicht bis zum heutigen Datum.**
- Ich wünsche die Zustellung der Akten von bis für den **Zeitraum von - bis** (Monat/Jahr).
- Ich wünsche die Zustellung einer Kopie von folgendem Dokument:

Personalien versicherte Person und Unterschrift (Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber)

Name (auch Name als ledige Person)

Vorname (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)

Versicherten-Nr. (756.1122.3344.55)
756.

Telefonnummer

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Adresse (des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)

- Hiermit erteile ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber den Sozialversicherungen Glarus, IV-Stelle Glarus, **einmalig den Auftrag (Ermächtigung)** der oder dem Bevollmächtigten **Kopien meiner Akten zu zustellen.** Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Vorname und Name / Institution

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

Telefonnummer

756.

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Versand

E-Mail-Adresse für die Zustellung der Akten

Die IV-Stelle Glarus nutzt für die **Zustellung der Akten** IncaMail, den E-Mail-Verschlüsselungsdienst der Schweizerischen Post. **Die Angabe einer E-Mail-Adresse ist daher zwingend erforderlich.**