

Vollmacht – Arbeitsplatzzerhaltung bei Arbeitgeberin / Arbeitgeber

Die IV-Stelle Glarus möchte Sie und Ihre Arbeitgeberin, Ihren Arbeitgeber rasch und unkompliziert unterstützen, damit Sie den Arbeitsplatz wenn möglich behalten können. Deshalb ist es wichtig, dass wir mit Ihnen und Ihrer Arbeitgeberin, Ihrem Arbeitgeber die Arbeitsplatzsituation besprechen können.

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehende, als Bevollmächtigte / Bevollmächtigter bezeichnete Person bzw. Firma, mit der IV-Stelle Glarus die zur Arbeitsplatzzerhaltung relevanten Informationen auszutauschen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gespräche und Resultate protokolliert werden.

Ich befreie die IV-Stelle Glarus im Rahmen der Arbeitsplatzzerhaltung von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der/dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Sie gilt **nicht** als IV-Anmeldung.

Arbeitgeberin / Arbeitgeber (Bevollmächtigte, Bevollmächtigter)

Vorname und Name

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Personalien versicherte Person und Unterschrift

Name (auch Name als ledige Person)

Vorname (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)

Versicherten-Nr.

Ort und Datum

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

Adresse (des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)