

APPENZELLISCHE OFFIZIERSGESELLSCHAFT

Appenzellische Winkelriedstiftung

Checkliste Fürsorge

Personelles	Name	
	Vorname	
	AHV Nr	
	Strasse	
	PLZ und Wohnort	
	Telefon	
	E-Mail	
	Bankverbindung	

Gesuch	Unterstützungsgrund	
	Unterstützungsbetrag	

Um eine zeitnahe Bearbeitung des Gesuchs zu gewährleisten, bitten wir Sie, die unten stehenden Unterlagen zusammen mit dem Gesuch an folgende Adresse: **Appenzellische Winkelriedstiftung, Oberst i Gst Schegg Markus, Huebstrasse 17, 9100 Herisau** oder per Mail an: wrst@appog.ch, einzureichen.

Einzelpersonen

- Steuererklärung
- Pensionskassenausweis
- Krankenkassenpolice
- Auszug Säule 3a (wenn vorhanden)
- Budget (wenn vorhanden)
- Weitere Beilagen nach Bedarf

Vereine / Institutionen

- Jahresrechnung
- Projektbezogenes Budget

Wird von der Appenzellischen Winkelriedstiftung ausgefüllt:

Gesuch Nr	
Name Bearbeitender	
Dringlichkeit	
Entscheid	

APPENZELISCHE OFFIZIERSGESELLSCHAFT

Appenzellische Winkelriedstiftung

Vollmacht zur Einsicht von Akten

Ich

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Heimatort _____
Adresse _____

bevollmächtige hiermit

die Mitglieder des Stiftungsrates der Appenzellischen Winkelriedstiftung, CHE-110.363.611
(zutreffendes ankreuzen)

Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal sowie den Trägern von Einrichtungen und Institutionen im Gesundheits-, Pflege- und Fürsorgebereich zu erhalten. Den Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Auskunft und Akteneinsicht, sowie Kopien meiner Akten von folgenden Institutionen und Stellen zu erhalten:

- Sämtliche Sozialämter
- Banken, insbesondere die folgende Kontoverbindung: _____
- Sämtliche Versicherungen
- Kantonale und kommunale Steuerämter sowie Eidgenössische Steuerverwaltung
- Kantonale Sozialversicherungsanstalten und Ausgleichskassen

Die Vollmacht ist gültig bis zum _____ (Datum) und kann ferner von mir jederzeit widerrufen werden.

.....
Ort und Datum

Der/die Vollmachtgeber/in:

.....

(Unterschrift handschriftlich anbringen)