



IV-Stelle Nidwalden
 Stansstaderstrasse 88
 6371 Stans

Ermächtigung

Auskunft Arbeitgeber

Die IV-Stelle Nidwalden 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 versicherte Person der / die nachstehende Arbeitgeber / Arbeitgeberin mit der IV-Stelle Nidwalden die zur Arbeitsplatzhaltung relevanten Informationen auszutauschen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gespräche und Resultate protokolliert werden.

Ich befreie die IV-Stelle Nidwalden im Rahmen der Arbeitsplatzhaltung von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem / der Arbeitgeber / Arbeitgeberin Auskünfte zu erteilen.

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

Versicherte Person

Name, Vorname

NNSS-Nummer Geburtsdatum

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

.....
 Datum Unterschrift der versicherten Person

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Arbeitgeber / Arbeitgeberin

Name/Firma

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

.....
 Datum Unterschrift des Arbeitgebers