



## Schweigepflichtsentbindung

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialhilfeverwaltung Ebersberg (SG 22), die von mir bekannten Daten die mich/uns/meine Familie betreffen, an folgende Stellen im Rahmen der Beratung und Bearbeitung meiner/unserer Angelegenheiten, soweit es zur Unterstützung notwendig ist, weitergibt:

- Zentraler Sozialdienst (SG 22)
- Jobcenter Ebersberg
- Bestattungsdienst \_\_\_\_\_
- Friedhofsverwaltung \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Darüber hinaus berechtige ich die Mitarbeiter/innen der Sozialhilfeverwaltung Ebersberg (SG 22) von den oben genannten Stellen Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, die für die Beratung und Bearbeitung meiner/unserer Angelegenheit notwendig sind.

Diese Schweigepflichtenbindung kann von mir jederzeit widerrufen und begrenzt werden.

Diese Erklärung gebe ich auch als gesetzliche vertretende Person für

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

ab, da dieser/diese diese Erklärung nicht selbst abgegeben darf bzw. die Bedeutung beurteilen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift