

Bezirksamt Spandau von Berlin

Abt.

Amt für Soziales

Fachbereich

Soz _____

| | | |
|-------------|---------|-------|
| Name | Vorname | Geb.: |
| | | |
| Wohnhaft in | | |
| | | |

Bitte beachten Sie, dass dieses Blatt zurückgesendet werden muss!

Einwilligungserklärung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Bezirksamt Spandau von Berlin, Amt für Soziales, zur Prüfung, Gewährung und Erbringung von Sozialleistungen im Rahmen des notwendigen Umfanges mit dem in meinem Fall beauftragten oder gewählten Leistungserbringer¹ mündlich, schriftlich, telefonisch, per Fax oder per E-Mail in Kontakt treten und entsprechende, leistungsrechtlich relevante Informationen (u.a. ggf. erlassene Leistungsbescheide) dorthin übermitteln darf.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich das Bezirksamt Spandau von Berlin, Amt für Soziales, Informationen zu meiner Person, welche für die Prüfung meiner (weiteren) leistungsrechtlichen Ansprüche erforderlich sind, von dem in meinem Fall beauftragten oder gewählten Leistungserbringer¹ mündlich, schriftlich, telefonisch, per Fax oder per E-Mail übermitteln lassen darf.
- Soweit oben nicht ausdrücklich die Einwilligung erteilt wurde, bin ich dafür verantwortlich, dass die Entscheidungen des Trägers der Sozialhilfe dem Leistungserbringer übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, sie soll bis auf Widerruf gelten. Ein Widerruf kann nur von mir bzw. meinem gesetzlichen Vertreter unterschrieben - in Papierform - erfolgen.

Mir ist bekannt, dass zum Zwecke der Klärung und Unterstützung der für mich gestellten Leistungsanträge meine personenbezogenen Daten vom Bezirksamt Spandau von Berlin, Amt für Soziales, erhoben und in den zu führenden Karteien und/oder Dateien, auch mittels elektronischer Datenverarbeitung verarbeitet und gespeichert werden.

Das Informationsblatt zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß der seit dem 25.05.2018 geltenden Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) habe ich bereits erhalten.

_____ oder _____
Unterschrift, Datum Unterschrift, Datum
Antragsteller*in Gesetzliche Betreuung

¹ z.B. Ambulanter Pflegedienst, stationäre Einrichtungen, Einzelfallhelfer, Träger der Eingliederungshilfe