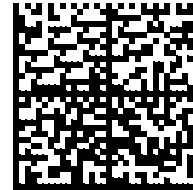


Rückantwort:

Bitte senden Sie uns die Rückantwort wieder zu!



Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname:

Geb. am:

Anschrift:

Mit Ihnen wurde vereinbart:

Der Informationsaustausch zwischen dem Jobcenter läuft in der Regel über Sie. In bestimmten Fällen kann aber ein direkter Informationsaustausch erforderlich sein, z.B. bei der Datenübermittlung mit dem Landratsamt. Dieses unterliegt weiterhin der Schweigepflicht.

Erklärung

Hiermit entbinde ich das Jobcenter Schwarzwald-Baar-Kreis sowie das Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis gegenseitig von den Einschränkungen durch die Datenschutzbestimmungen und von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ist die Antragstellung / der gestellte Antrag nach dem AsylbLG und SGB XII auch als Antragstellung nach dem SGB II zu werten.

Datum, Unterschrift

Teilen Sie uns bitte zudem folgende Angaben mit:

Name Ihrer Bank: _____

Bankverbindung: _____

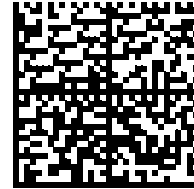
Name Ihrer Krankenkasse: _____

Falls keine Krankenkasse vorhanden sein sollte, werden wir Sie bei der AOK Baden-Württemberg versichern.

Angabe Ihres Aufenthaltstitels / Ihrer Fiktionsbescheinigung: _____

Ablaufdatum: _____

Відповідь:
Будь ласка, надішліть нам відповідь!



звільнення від конфіденційності

Ім'я Ім'я:
Народився:
Адреса:

З вами домовлено:

Обмін інформацією між центром зайнятості зазвичай відбувається через вас. Однак у деяких випадках може знадобитися прямий обмін інформацією, наприклад, при передачі даних до районного офісу. Це все ще є конфіденційним.

Пояснення

Цим я звільняю Центр зайнятості Шварцвальд-Баар-Крайс та районний офіс Шварцвальд-Баар-Крайс від обмежень, накладених правилами захисту даних, і від обов'язку дотримання конфіденційності.
У той же час заява/заява, подана відповідно до AsylbLG та SGB XII, також розглядається як заява відповідно до SGB II.

Дата, підпис

Також надайте нам таку інформацію:

назва вашого банку: _____

Банківські реквізити: _____

Назва вашої медичної страхової компанії: _____

Якщо немає медичного страхування, ми застрахуємо вас в АОК Баден-Вюртемберг.

Зазначення Вашої посвідки на проживання / Ваш художній сертифікат:

Термін придатності: _____