

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

durch,

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

gegenüber der/des/dem

- gesetzlichen/privaten Krankenversicherung
- Versicherer einer Auslandskrankenversicherung
- Deutschen Rentenversicherung Bund, Regional, Knappschaft Bahn See
- Meldebehörde
- Arbeitsagentur/Jobcenter
- Sozialamt/Jugendamt
- Versorgungsamt
- Ausländerbehörde
- Botschaft
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten - LAF -
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge – BAMF –
- Justizbehörde/Justizvollzugsanstalt
- Krankenhaus
- Ärzte
- sozialen Einrichtung
- EU-Kommission Hilfeportal SOLVIT (bei Verletzung von EU-Rechten)

Die/Der **Stadt Paderborn** leitet Ihnen entsprechende Unterlagen und/oder Anfragen zur Klärung oder Durchsetzung meiner/meines

- Krankenversicherungsverhältnisses/Leistungsanspruchs bei der Krankenversicherung
- Versicherungsverlaufs, Krankenkassenmitgliedschaften, Anträge und Ansprüche bei der Deutschen Rentenversicherung
- Leistungsanträge und Leistungsansprüche bei der Arbeitsagentur / beim Jobcenter
- Leistungsanträge und Leistungsansprüche beim Sozialamt
- Antrags auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft
- Antrags auf Verschlimmerung meines Grades der Behinderung
- Registrierung
- Asylantrags
- Unterkunft/Pass-und Meldeangelegenheiten
- Kostenübernahme/n
- EU-Rechte

per Post, per Mail und/oder Fax an Sie weiter.

Ich bitte Sie, den Beschäftigten der/des **Stadt Paderborn** alle Informationen diesbezüglich zugänglich zu machen. Sie handeln in meinem Interesse und dürfen alle Informationen und Entscheidungen per Fax oder Mail zugestellt bekommen sowie telefonische Auskünfte erhalten. Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift nachfragende Person)

oder

(Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter) (Unterschrift gesetzlicher Vertreter)