

# Einwilligung

Hiermit willige ich/wir

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, -ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Ehegatte)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, -ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kind 1)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, -ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kind 2)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, -ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kind 3)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, -ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kind 4)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, -ort

\_\_\_\_\_  
Anschrift

ein, dass der/ die

**Behörde/Einrichtung**  
**Integrationsmanagerin/Flüchtlingssozialarbeit**  
**Frau Roja Sariisik**  
**Tettnanger Straße 17 88085 Langenargen**  
**Tel. 015776219730, sariisik@gvv-ekl.de**

erforderliche Daten im Rahmen der Beratung/Betreuung/Begleitung im Rahmen der ehrenamtlichen Unterstützung über meine/unsere Person und Lebenssituation an folgende Stellen

- zuständige Ausländerbehörde
- Gemeindeverwaltung des Wohnorts
- Kindergarten/ Schule
- Sprachkursträger
- Arbeitgeber
- zuständiger Leistungsträger
- Jugendamt

- zuständiger Leistungsträger
- Versicherungsträger
- Beratungsstelle \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

übermitteln darf.

Ich/Wir gestatte/gestatten, dass Daten über meine/unsere Person und Lebenssituation übermittelt werden dürfen, soweit sie:

- asyl- und/ oder ausländerrechtliche Angelegenheiten
- Leistungen nach dem AsylbLG
- Leistungen nach dem SGB II
- Leistungen nach dem SGB XII
- Leistungen nach dem SGB VIII
- Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepakte
- schulische Angelegenheiten
- Leistungen der Krankenversicherung
- \_\_\_\_\_

berühren.

Bei der Verweigerung der Einwilligung, übernimmt/übernehmen die Person/Personen selbständig und in eigener Verantwortung die Übermittlung der erforderlichen Daten an die zuständigen Stellen.

Diese Einwilligung kann jederzeit durch schriftliche Erklärung von mir/uns widerrufen werden. Sie gilt längstens für zwei Jahre.

Ich/Wir bestätige/bestätigen, dass ich/wir die Einwilligung freiwillig abgegeben habe/haben.

Ich/Wir bestätige/bestätigen außerdem, dass ich/wir eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Einwilligung erhalten habe/haben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Ehegatte)