



LANDRATSAMT
BODENSEEKRIS

Jobcenter

Entbindung von der Schweigepflicht / Звільнення від конфіденційності

Hiermit entbinde ich / entbinden wir, Я / ми цим звільняємо,

Name, Vorname/ Ім'я, прізвище:

Geburtsdatum/ Дата народження:

Anschrift/ Адреса:

die für mich zuständigen Mitarbeitenden folgender Ämter des Landratsamts Bodenseekreis *bitte ankreuzen*: Будь ласка, позначте відповідальних за мене працівників у таких службах районного офісу Бодензекейс:

- ☐ Jobcenter/ Центр зайнятості
- ☐ Jugendamt/ Офіс молоді
- ☐ Amt für Migration und Integration/ Управління з питань міграції та інтеграції
- ☐ Ausländerbehörde/ Імміграційна служба
- ☐ Sozialamt/ Управління соціального захисту населення

untereinander sowie gegenüber Frau/Herrn _____ (Ehrenamtlicher Helferkreis aus _____) von ihrer Schweigepflicht./

між собою, а також по відношенню до _____ (Ім'я, прізвище:)

(добровольців-помічників з _____) їхнього обов'язку зберігати конфіденційність.

Ich gestatte, dass zum Zwecke abgestimmter Unterstützungsleistungen für mich erforderliche Daten über meine Person und Lebenssituation schriftlich oder mündlich ausgetauscht werden dürfen, soweit sie betreffen (*bitte ankreuzen*): /

Я дозволяю обмінюватися необхідними для мене даними про мою особу та життєву ситуацію в письмовій або усній формі з метою скоординованих служб підтримки, якщо це стосується (будь ласка, позначте):

- ☐ Leistungsgewährung nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch und dem Asylbewerberleistungsgesetz/ Надання пільг відповідно до Другого соціального кодексу та Закону про пільги шукачам притулку
- ☐ Schulische und berufliche Integration/ Шкільна та професійна інтеграція
- ☐ Regelungsbedarf gegenüber anderen Behörden, Versicherungen, Renten- und anderen Sozialleistungsträgern/ Необхідність регулювання по відношенню до інших органів влади, страхових компаній, пенсійних та інших постачальників соціальних послуг
- ☐ Gesundheitsfragen/ Проблеми зі здоров'ям
- ☐ Miet- und Wohnungsangelegenheiten/ Питання оренди та житла
- ☐ Sonstiges: _____ /Різне _____

Ich habe Kenntnis darüber, dass bei einer Verweigerung dieser Schweigepflichtentbindung die bereits vorhandenen Unterlagen und Erkenntnisse in Bezug auf die von mir beantragten Leistungen nicht genutzt werden können. /

Мені відомо, що у разі відмови у звільненні від конфіденційності документи та знання, які вже є у зв'язку з послугами, на які я подав заяву, не можуть бути використані.

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit durch schriftliche Erklärung von mir widerrufen werden. /
Це звільнення від конфіденційності може бути скасовано мною в будь-який час у письмовій формі.

Ich bestätige, dass ich die Schweigepflichtentbindung freiwillig abgegeben habe. /

підтверджую, що я добровільно подав звільнення від конфіденційності.

Ich bestätige außerdem, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Schweigepflichtentbindung erhalten habe. /

Я також підтверджую, що отримав копію звільнення від конфіденційності, яку я підписав

Ort, Datum/ Місце і дата

Unterschrift(en)/ Підпис(и)