



Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
zur Prüfung des Antrages auf Gewährung von Leistungen nach dem
Sozialgesetzbuch – Teil IX (SGB IX)

Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass der Soziale Dienst des Amtes für Soziale Förderung und Teilhabe des Main-Kinzig-Kreises bei den nachfolgenden Einrichtungen / Personen Auskünfte einholen kann. Insofern entbinde ich / wir die genannte Einrichtung / Person von der Schweigepflicht:

<input type="checkbox"/>	Alle (nachfolgend aufgeführten Einrichtungen / Personen)
<input type="checkbox"/>	Klassenlehrer*in, Förderlehrer*in
<input type="checkbox"/>	Kindertagesstätte
<input type="checkbox"/>	Frühförderstelle
<input type="checkbox"/>	Hausarzt*in
<input type="checkbox"/>	Kinderarzt*in
<input type="checkbox"/>	Facharzt*in
<input type="checkbox"/>	Therapeut*in
<input type="checkbox"/>	Sozialer Dienst des Jugendamtes
<input type="checkbox"/>	Familienhilfe
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

Datum

Unterschrift: Sorgeberechtigte/r