



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