

## 6. Anlage: Einwilligungserklärung

### In Zusammenhang mit der Beantragung und Bearbeitung bezüglich der von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt/ der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltung ist es hilfreich, dass Daten zwischen Behörden ausgetauscht werden. Dies betrifft insbesondere Angaben über Familienstand, Krankheit und Alter sowie Daten über Ihren Leistungsbezug. Die Einwilligung zum Datenaustausch ist freiwillig.

**Mit dem gegenseitigen Austausch meiner Daten in Zusammenhang mit der Beantragung und der Bearbeitung bezüglich der von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt/ der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zwischen dem Landratsamt Tübingen, Abteilung Soziales und den folgenden Stellen (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnortgemeinde/ -stadt                | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt                       |
| <input type="checkbox"/> Jobcenter/Kommunale Arbeitsförderung   | <input type="checkbox"/> Jugendamt                            |
| <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit                     | <input type="checkbox"/> Ordnungsamt (inkl. Ausländerbehörde) |
| <input type="checkbox"/> Familienkasse                          | <input type="checkbox"/> Energieversorger / Stromanbieter     |
| <input type="checkbox"/> Kranken- und Pflegeversicherungsträger | <input type="checkbox"/> .....                                |
| <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsträger              | <input type="checkbox"/> .....                                |

**erkläre ich mich (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

einverstanden.

nicht einverstanden.

**Hiermit erkläre ich mich**

einverstanden

nicht einverstanden

dass das Landratsamt Tübingen bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse zur Antragstellung berechtigt ist. Des Weiteren darf das Landratsamt Tübingen bis zur abschließenden Entscheidung des Antrages zur meine/unsere Unterlagen vorlegen.

Die Einwilligungserklärung ist so lange gültig, bis Sie diese widerrufen.

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Hinweis:

Sollten Sie nicht mit dem Datenaustausch einverstanden sein, kann dies für Sie einen erhöhten Aufwand darstellen, da Sie selbst die für den Leistungsbezug erforderlichen Daten vorlegen müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift