

## **Schweigepflichtentbindung звільнення від конфіденційності**

**In Zusammenhang mit der Beantragung und Bearbeitung  
von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt/  
der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung  
*У зв'язку із поданням та розглядом прожиткових допомог/базового  
забезпечення за віком та у разі зниження працездатності***

Die Bearbeitung Ihres Falles kann vereinfacht bzw. beschleunigt werden, indem Daten zwischen der Abteilung Soziales des Landratsamtes Tübingen mit Dritten ausgetauscht werden dürfen. Die Einwilligung zum Datenaustausch ist freiwillig. Ein Datenaustausch erfolgt grundsätzlich nur im für die Beurteilung der Leistungsgewährung erforderlichen Maß. Daten, die nicht für die unmittelbare Leistungsbearbeitung notwendig sind, sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Sollten Sie nicht mit dem Datenaustausch einverstanden sein, kann für Sie u.U. ein erhöhter Aufwand entstehen, da Sie selbst die für den Leistungsbezug erforderlichen Daten beschaffen und vorlegen müssen.

*Обробку вашої справи можна спростити або прискорити, дозволивши відділу соціальних питань районного офісу Тюбінгена обмінюватися даними з третіми сторонами. Згода на обмін даними є добровільною. В принципі, обмін даними здійснюється лише в обсязі, необхідному для оцінки надання пільг. Дані, які не потрібні для безпосередньої обробки послуг, виключаються з цієї згоди. Якщо ви не погоджуєтесь на обмін даними, ви можете покластися на додаткову роботу, оскільки ви повинні отримати та надати дані, необхідні для отримання допомоги.*

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

***Зі взаємним обміном моїми даними у зв'язку із поданням та обробкою пільг на прожитковий мінімум/базове забезпечення за віком та у разі зниження працездатності, а також для допомоги в догляді між районним офісом Тюбінгена, відділом соціальних питань та наступні офіси (будь ласка, позначте відповідним чином)***

**Vermieter/in** (bezüglich Mietzahlungen, Nebenkostenabrechnungen und Änderungen der Miethöhe)

**Орендодавець** (щодо орендних платежів, комунальних платежів та змін орендної плати)

Name, Adresse:.....  
Прізвище Адреса:

.....

**Arbeitgeber** (bezüglich Lohnabrechnungen)

**Роботодавець** (щодо платіжних листків)

**Arzt/Ärztin** (bezüglich einer Krankheit, die einen erhöhten Bedarf auslöst)

**Лікар** (щодо хвороби, яка викликає підвищену потребу)

Name, Adresse:.....  
Прізвище Адреса:

**Werkstatt für behinderte Menschen**

(bezüglich der Einnahme von Mittagessen, Anforderung von Verdienstbescheinigungen und dem Bezug von Krankengeld)

**Майстерня для інвалідів** (щодо обіду, запиту довідок про заробіток та отримання лікарняних)

Adresse:.....

Адреса:

.....  
.....

Krankheit:.....

Захворювання:

SG Eingliederungshilfe:

Erstbescheid/Einstellungsbescheid

Допомога в інтеграції SG: початкове

повідомлення/повідомлення про

закінчення виплат

.....

.....

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

**Я заявляю (будь ласка, відзначте все, що підходить)**

**einverstanden.**

**згоден.**

**nicht einverstanden.**

**не згоден.**

Sie haben oben die Möglichkeit, weitere Personen oder Stellen anzugeben, bei denen unmittelbar näher zu bezeichnende Daten erhoben werden dürfen.

*Вище ви можете вказати інших осіб або органи, від яких можна збирати дані, які необхідно вказати.*

Sie haben im Übrigen das Recht, ihre Einwilligung jederzeit formlos zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

*Ви також маєте право в будь-який час неофіційно відкликати свою згоду. Відкликання згоди не впливає на законність обробки, здійснюваної на підставі згоди до моменту відкликання.*

Bitte beachten Sie jedoch, dass gemäß den allgemeinen Bestimmungen zur Erhebung von Sozialdaten (§§ 67a ff. SGB X) unter den dort genannten Voraussetzungen u.U. eine Erhebung von Sozialdaten ohne Ihre Zustimmung möglich ist, sofern die Kenntnis der Daten für die Erfüllung der behördlichen Aufgabe erforderlich ist.

*Проте зверніть увагу, що відповідно до загальних положень щодо збору соціальних даних (§§ 67a ff. SGB X) за зазначених там умов, можливо збирати соціальні дані без вашої згоди за умови, що знання про необхідні дані для виконання службового завдання.*

Ihr Name: .....

*Ваше прізвище*

Ihr Geburtsdatum: .....

*Ваша дата народження:*

Ort/Datum .....

*Місце і дата*

Unterschrift .....

*Підпис*