

Einverständniserklärung zur Direktzahlung Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung

Leistungen zur Bildung und Teilhabe gemäß § 28 SGB II

Bitte füllen Sie die nachstehende Anlage vollständig und gut leserlich aus.

1. Antragsteller / in:

Name,

Vorname,

Geburtsdatum,

Anschrift

2. Persönliche Daten zum leistungsberechtigten Kind:

Name,

Vorname,

Geburtsdatum

3. Hinweise zum Datenschutz:

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Die Informationen nach Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung und nach § 67a ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) finden Sie sowohl im ausgehändigten Hinweisblatt als auch unter <https://www.kreis-eic.de/datenschutzerklaerung-fachaemter.html> sowie auf Anfrage in Ihrem Jobcenter.

4. Information zu den Einverständniserklärungen

Die Einverständniserklärungen sind freiwillig und haben keinen Einfluss auf die Entscheidung.

4.1 Einverständniserklärung zur Direktzahlung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die bewilligten Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket direkt an den zuständigen Leistungsanbieter überwiesen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
des / der Leistungsberechtigten

4.2 Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dritten (z.B. der Mittagsversorger, Verein, etc.), an welche die bewilligte Leistung aus dem Bildungs- und Teilhabepaket entsprechend der vorliegenden Abtretungserklärung gezahlt wird, Auskunft erteilt werden darf. Ich willige ein, dass der Leistungsanbieter und der zuständige Kostenträger (Jobcenter) die für die Entscheidung und Erbringung des Leistungsangebotes notwendigen Informationen für den Zeitraum der Bewilligung austauschen dürfen. Die Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
des / der Leistungsberechtigten