

zuständige Behörde:

Jobcenter Salzlandkreis

Einwilligungserklärung

**zur Nutzung von Sozialdaten gemäß § 67 ff SGB X
zum Zweck der beruflichen und sozialen Integration junger Erwachsener unter 25 Jahren**

Name, Vorname		Geburtsdatum						
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)								
Gesetzlich vertreten durch (z. B. Vormund, Betreuer):								
Name, Vorname		Geburtsdatum						
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)								
Bezeichnung der Behörde Jobcenter Salzlandkreis								
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) Mozartstraße 1, 06406 Bernburg (Saale)		Aktenzeichen Vorgang						
<input type="checkbox"/> Ich willige freiwillig darin ein, dass die Behörde <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jobcenter Salzlandkreis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salzlandkreis</td> </tr> </table> nachfolgende Sozialdaten an die Behörde <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jobcenter Salzlandkreis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salzlandkreis</td> </tr> </table> übermitteln darf.			<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Jobcenter Salzlandkreis	<input type="checkbox"/> Salzlandkreis	<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Jobcenter Salzlandkreis	<input type="checkbox"/> Salzlandkreis
<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit								
<input type="checkbox"/> Jobcenter Salzlandkreis								
<input type="checkbox"/> Salzlandkreis								
<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit								
<input type="checkbox"/> Jobcenter Salzlandkreis								
<input type="checkbox"/> Salzlandkreis								
Zur Übermittlung vorgesehene Sozialdaten:								
ja	nein	(nachfolgend bitte ja <u>oder</u> nein ankreuzen!)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stammdaten (z. B. Name, Adresse)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angaben zu schulischen Leistungen/Schulabschlüssen						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angaben zu besonderen Fähigkeiten, Kenntnissen						
<input type="checkbox"/>	Sonstige	(bitte spezifizieren)						
Die Übermittlung der o. g. Sozialdaten erfolgt zu folgendem Zweck:								
Berufliche und soziale Integration junger Erwachsener unter 25 Jahren.								
Ergänzende Angaben:								

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und formungebunden gegenüber der zuständigen Behörde widerrufen. Ich wurde darüber informiert, dass meine Sozialdaten nur für den vorgenannten Zweck übermittelt und dabei die Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten beachtet werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Nutzung von Sozialdaten gemäß § 67 ff SGB X **keine nachteiligen rechtlichen Folgen** für mich hat. Sollte ich mit einer Datenübermittlung nicht einverstanden sein, kann ich die zur Integration notwendigen Daten auch selbst gegenüber der anderen Behörde erklären.

Ich erhalte eine Kopie der durch die zuständige Behörde übermittelten Daten.

Ort, Datum	eigenhändige Unterschrift oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
------------	---

Schweigepflichtentbindung (falls erforderlich)

Soweit die Übermittlung der Angaben durch einen Geheimnisträger nach § 203 StGB erfolgen soll:
(nachfolgend bitte ja oder nein ankreuzen)

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt oder sonstige Angehörige von Heilberufen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berufspsychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ehe-, Familien-, Jugend-, Schwangerschaftsberater
<input type="checkbox"/>	Sonstige	(bitte spezifizieren)

entbinde ich diesen hiermit zu dem vorgenannten Zweck von seiner Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung erteile ich **freiwillig**. Mir ist bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum	eigenhändige Unterschrift oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
------------	---