

E R M Ä C H T I G U N G

zur Erteilung von Auskünften über meine/unsere gespeicherten Daten bei der privaten oder gesetzlichen **Kranken- und Pflegeversicherung** an den Eingliederungshilfe- und Sozialhilfeträger.

Name versicherte Person: _____

Name mitversicherte
Personen(en): _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Name der Versicherung: _____
(z.B. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland)

Versicherungsnummer: _____

Straße / Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Ich/Wir ermächtige/n die o.g. Kranken- und Pflegeversicherung, Auskünfte über die bei ihr gespeicherten Daten in vollem Umfang an die Stadt Zweibrücken als örtlichen Eingliederungshilfe- und Sozialhilfeträger zu erteilen.

Ich/Wir erkläre/n, dass meine/unsere Angaben vollständig und richtig sind (§ 60 SGB I). Über die Folgen unrichtiger bzw. unvollständiger Angaben (Verlust des Hilfeanspruchs gemäß § 66 SGB I, strafrechtliche Folgen) bin ich/sind wir unterrichtet worden.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift(en)

Hinweis:

Sie können diese Ermächtigung jederzeit widerrufen. Dies könnte jedoch zur Folge haben, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Die Ermächtigung ist vollständig auszufüllen und zu unterschreiben!