

## Schweigepflichtentbindung

für ehrenamtlich Tätige des Arbeitskreises Integration Lappersdorf

Hiermit entbinde ich: \_\_\_\_\_

(Vor- und Nachname des Asylbewerbers/ Geflüchteten)

geb. am: \_\_\_\_\_

Herrn/ Frau \_\_\_\_\_

(Vor- und Nachname des Helfers/ der Helferin)

von der Schweigepflicht gegenüber

Jugendmigrationsdienst/ Migrationsberatung

Jugendamt

Arbeitsagentur und Jobcenter

Sozialamt

Ausländerbehörde

Ärzten und Krankenhaus

Schulen und Kindergärten

Finanzamt

Krankenkasse

Versicherungen

Renten- und Sozialleistungsträger

Standesamt

Anwalt

Sprachkursträger

.....

.....

Die Schweigepflichtentbindung gilt auch für Auskünfte zu meinem/n Kind/ern.

Umgekehrt entbinde ich auch die ausgewählten Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber dem o.g. Ehrenamtlichen. Er/sie wird mir helfen meine Angelegenheiten zu verstehen, die Entscheidungen aber nicht für mich treffen. Dies ist keine Erteilung einer Vollmacht.

Diese Erklärung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des Asylbewerbers/ Geflüchteten)