

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich / wir:

Vorname und Name des/der Sorgeberechtigte/n / Antragsteller/in, gesetzliche/r Vertreter		Geburtsdatum / Geburtsdaten
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

dass ich / wir

- die Schule (Name, Anschrift, Ansprechperson)
- die Ärztin, den Arzt (Name, Anschrift)
- die Therapeutin, den Therapeuten (Name, Anschrift)
- den Träger der die Hilfe durchführen soll (Name, Anschrift)
- den Träger der OGS / Betreuung (Name, Anschrift)
- meine Vertrauensperson (Name, Anschrift)
- sonstige Person/Institution/Organisation (Name, Anschrift)

sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe, der Wirtschaftlichen Jugendhilfe, des Gesundheitsamtes, der Schulaufsicht und des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Hochsauerlandkreises

bezüglich des Antrags auf Eingliederungshilfe für

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

wechselseitig von ihrer gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit entbinde.

Ich / wir bin über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie möglicher Folgen einer Verweigerung aufgeklärt und weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum	Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigte/n / Antragsteller/in, gesetzliche/r Vertreter
------------	--