

## Einverständniserklärung / Entbindung von der Schweigepflicht

Frau / Herr		geboren am:	
wohnhafte in:			
von Person bekannt, erklärt als sorgeberechtigter Elternteil des Kindes / der Kinder:			
Vorname	Name	geboren	

sich hiermit einverstanden,

dass der Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V. als Beistand gem. §§ 1712 BGB beim zuständigen Sozialleistungsträger einen aktuellen Sozialleistungsbescheid für mich und mein/e Kind/er anfordert, soweit dies für die gerichtliche Geltendmachung der Kindesunterhaltsansprüche, die gerichtliche Feststellung der Vaterschaft oder für einen Antrag auf Verfahrens- oder Prozesskostenhilfe erforderlich ist.

dass der Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V. als Beistand gem. §§ 1712 BGB Informationen über die Beistandschaft und über Unterhaltszahlungen, die ich erhalte, an die Sozialleistungsträger weitergibt, von denen mein Kind / meine Kinder Sozialleistungen beziehen soweit die Weitergabe zur Erfüllung bestehender Mitwirkungspflichten (§ 60 SGB I ) erforderlich ist.

Dieses Einverständnis erfolgt freiwillig. Eine Verweigerung der Unterschrift zieht keine Ablehnung der Beratung und Beistandschaft nach sich.

Eine Weitergabe zur Nutzung aller von mir geäußerten und auf mich bezogenen Mitteilungen oder anderweitig bekannt gewordenen Lebensumstände an Einzelpersonen, Arbeitgeber, Institutionen oder Behörden findet nur in dem oben genannten Umfang und ansonsten nicht statt.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann, auch in Teilen, jederzeit widerrufen werden, mündlich oder schriftlich und ohne Angabe von Gründen. Sie endet automatisch ein Jahr nach Beendigung der Beistandschaft.

Belehrt durch (Mitarbeiter/in): \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt dieses Schriftstücks zur Kenntnis genommen und eine Kopie wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschriften der/des Antragstellerin / Antragstellers