

Vollmacht

Der/die unterzeichnende Person:

Name, Vorname

(beide Ehepartner)

/

Geburtsdatum

/

Adresse

/

erteilt/erteilen hiermit dem Bereich Soziales der Stadt Zofingen in nachstehender Angelegenheit folgende Vollmacht:

Der/die Bevollmächtigten sind berechtigt, gemäss § 2 Abs. 2 SPG, § 46 SPG und § 1 SPV von nachfolgenden Stellen sachbezogene Informationen einzuholen, die im Zusammenhang mit der Beratung und Betreuung notwendig sind:

| Wer? | Was? |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitgeber/in (frühere, aktuelle) | Auskünfte Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsorgane (AHV, IV, EL, Krankenkasse, etc.) | Auskünfte Anspruch/Höhe/Art Leistungen; Geltendmachung von Versicherungsleistungen anstelle des/der Klient/in / Zustellung Korrespondenz und Verfügung in Kopie |
| <input type="checkbox"/> RAV, Arbeitslosenkasse | Auskünfte Anspruch/Höhe/Art Leistungen; Vorgehen Geltendmachung von Versicherungsleistungen anstelle des/der Klient/in |
| <input type="checkbox"/> Ärzte/Ärztinnen in Bezug auf das Einholen von Arztzeugnissen, Attesten und Berichten | Einholung Stellungnahme zur Schutzbedürftigkeit in finanziellen Belangen Der/die Unterzeichnende willigt ausdrücklich ein, die Ärzte/Ärztinnen von ihrem Berufs- und Amtsgeheimnis zu entbinden |
| <input type="checkbox"/> Behörden (Steueramt, Betriebsamt, Einwohnerkontrolle, Polizei; Bezirksamt; Einwohnerkontrolle) | Auskünfte über Steuerveranlagungen, Wohnsitzabklärungen; betriebsrechtlichen und polizeilichen Massnahmen; |

| Wer? | Was? |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migrationsamt | Auskünfte über fremdenpolizeiliche Massnahmen |
| <input type="checkbox"/> Pensionskassen, BVG-Einrichtungen | Auskünfte über Leistungen der Pensionskassen und BVG Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Private: Eltern | |
| <input type="checkbox"/> Private: Kinder | |
| <input type="checkbox"/> Private: Geschwister | |
| <input type="checkbox"/> Private: Ehemann/ Ehefrau/ Lebenspartner/in | |
| <input type="checkbox"/> Private: Vermieter/in | Auskünfte über die Bezahlung der Miete; Beschwerden; |
| <input type="checkbox"/> Private: | |
| <input type="checkbox"/> Private: | |
| <input type="checkbox"/> Bank / Postfinance | Auskünfte über die Höhe des Kontostandes und verschiedene Kontobuchungen |
| <input type="checkbox"/> Rechtsvertreter/in | |
| <input type="checkbox"/> Auszahlung an Dritte | Krankenkasse Vermieter/in |
| <input type="checkbox"/> Weitere Institutionen: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Weitere Institutionen: | _____ |

Diese Vollmacht ist jederzeit widerrufbar. Der/Die Unterzeichnende bestätigt, diese Vollmacht freiwillig dem Bereich Soziales gegeben zu haben und das Merkblatt Datenschutz des Bereich Soziales gelesen und verstanden zu haben.

Ort und Datum: 4800 Zofingen, _____

Unterschrift des Vollmachtgebers: _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin: _____