

## Vollmacht/ Schweigepflichtentbindung

Hiermit bevollmächtige ich die: **Lebenshilfe Lüdenscheid e.V.**

**Wehbergerstr. 4b, 58507 Lüdenscheid  
Tel.: 02351/6680-211 (Fax: -250)**

**E-Mail: [schulbegleitung@lebenshilfe-luedenscheid.de](mailto:schulbegleitung@lebenshilfe-luedenscheid.de)**

für die nachstehend aufgeführte Person

\_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

alle für die Beantragung, Gewährung und Rücknahme relevanten Angelegenheiten innerhalb von:

Hilfen zur angemessenen Schulbildung, § 54 SGB XII **für das Schuljahr 201 /201 und ff.**

Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, § 55 SGB IX

Sonstige, hier genannte sozialhilferechtliche Angelegenheiten: \_\_\_\_\_

zu regeln.

**Zusätzlich entbinde ich**

\_\_\_\_\_

(Name der Schule des Kindes, ggf. zuständige Lehrer)

\_\_\_\_\_

(Straße) (Ort)

**von ihrer/seiner Schweigepflicht**, soweit es sich um Fragen und die Bereitstellung von Unterlagen handelt, die im Zusammenhang mit den oben angekreuzten Bereichen stehen.

Gleichzeitig entbinde ich die Lebenshilfe Lüdenscheid als Leistungserbringer und den Märkischen Kreis, Fachdienst Soziales, Altena als Kostenträger von der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung bezieht sich ausschließlich auf die ärztlichen/schulischen Stellungnahmen und Gutachten, die für den Erhalt und Prüfung der jeweils oben angekreuzten Leistungen erforderlich sind.

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

Unterschrift des Vollmachtgebers \_\_\_\_\_