

## Schweigepflichtentbindung

Die vollmachgebende Person erklärt sich mit ihrer Unterschrift damit einverstanden, dass die vollmachtnehmende Person Informationen beim Bereich Soziales der Stadt Schaffhausen einholen kann und an diese weitergeben kann. Sie entbindet diese gegenseitig von der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung ist gültig während der Abklärung und dem Bezug der Sozialhilfe oder bis zum schriftlichen Widerruf.

### Vollmachtnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Heimatort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

### Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Heimatort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift