

Absender: .....  
.....  
.....

Landratsamt Göppingen  
Kreissozialamt, Abt. 41.3  
Postfach 809  
73008 Göppingen

Aktenzeichen (sofern bekannt): 508.....

Name, Vorname des Antragstellers: .....

Geb. Datum: .....

**E i n w i l l i g u n g**  
**zur Übermittlung personenbezogener Daten ,**  
(§ 67d, § 69, § 76 Abs. 2 SGB X)

(Die unten stehenden Angaben dürfen entsprechend ergänzt, angepasst und geändert oder nicht Zutreffendes gestrichen werden!)

ich bin damit einverstanden, dass zwischen den am Verfahren beteiligten Stellen:

Kreissozialamt Göppingen Abt. 41.3 – Eingliederungshilfe, und: .....

.....  
dort vorhandene, sachdienliche, zur Bearbeitung unbedingt erforderliche Unterlagen  
Gutachten und Berichte angefordert, weitergegeben und / oder ausgetauscht werden dürfen.

Insbesondere auch .....

zu folgendem Zweck: .....

Diese Einwilligung kann schriftlich widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift