



JOiN
Jugendhilfe, Ombudschaft
im Nord-Westen
Hagenstr. 30
49661 Cloppenburg

Vollmacht

Ich

(Vorname, Name)

(Anschrift)

(PLZ, Wohnort)

erteile hiermit

den Mitarbeiter*innen der Ombudschaft JOiN, Hagenstraße 30 in 49661 Cloppenburg

in Bezug auf:

eine Vollmacht, Auskünfte bei Ämtern und Behörden, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und anderen Stellen einzuholen.

Den vorgenannten Institutionen und Personen erteile ich hiermit mein Einverständnis zur Datenweitergabe an die Ombudspersonen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass den Ombudspersonen Auskunft über die dort vorliegenden Sozialdaten sowie Gesundheitsdaten bzgl. meiner Person und die meiner Kinder

(Vorname, Name)(geb. __. __. __)

(Vorname, Name)(geb. __. __. __)

(Vorname, Name)(geb. __. __. __)

erteilt.

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Befugnis, mich zu Terminen zu begleiten und Auskünfte von den oben Bezeichneten einzuholen sowie Akteneinsicht zu nehmen.

Ich wurde durch die Ombudsstelle ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Vollmacht, des Einverständnisses zur Datenweitergabe an die Ombudsperson und der Schweigepflichtentbindung informiert.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

.....
(ggf. Unterschrift d. gesetzl. Vertreter*in)