

**Einverständniserklärung
Ermächtigung**

Ich,

Name	
Vorname	
geboren am	
Wohnort mit PLZ	
Straße mit Hausnummer	

ermächte meinen jeweiligen Krankenversicherungsträger und die jeweils zuständige Agentur für Arbeit der Stiftung „Resozialisierungsfonds Dr. Traugott Bender“, Urbanstr. 32, 70182 Stuttgart, meinen Arbeitgeber mitzuteilen.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass die für die Berechnung, Festsetzung und Auszahlung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II zuständige Stelle und die Stelle, die für evtl. andere Sozialleistungen zuständig ist, der genannten Stiftung Auskünfte über mich und meinen Leistungsbezug erteilt.

Zurzeit bin ich krankenversichert bei

Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Mitglieds - Nummer	

Zurzeit bin ich gemeldet bei der Agentur für Arbeit bzw. bei der für Sozialleistungen zuständigen Stelle

Anschrift der Agentur für Arbeit / zuständigen Stelle	
Kunden - Nummer	

Die Ermächtigung / das Einverständnis gilt bis zur vollständigen Tilgung aller mir von der Stiftung „Resozialisierungsfonds Dr. Traugott Bender“ gewährten Darlehen einschließlich etwa entstehender Kosten und Zinsen.

Ort..... Datum..... Unterschrift.....