## **Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Ich,	(Vollmachtgeber)
geb.: wohnhaft:	
erkläre mich hiermit damit einverstanden	n, dass
das Sozialarbeiterteam bzw. der/die Abteilung "22.3 Soziale Dienste"	mich betreuende Sozialarbeiter/in der Stadt Seelze der
der/des gestellten Antrags/Anträge nac	igen Schreiben u.Ä. sowie persönliche Auskünfte betreffend h § 67 SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer n als ggf. bei der Abwicklung im Verwaltungsverfahren zu
Ergänzungen/Erläuterungen	
Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung	ı jederzeit formlos widerrufen kann.
Seelze, den	
(Datum und Unterschrift, Vollmachtgebe	<u>r)</u>