

Zurück an Stadt Seelze
Abt. 22.2 – Team Pflege
AZ: § 67

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich

Name, Vorname ggf. Geburtsdatum

mein Einverständnis dazu, dass durch

(genaue Bezeichnung der Stelle)

dem Sozialamt der Stadt Seelze, Rathausplatz 1 in 30926 Seelze

auf Anforderung die für den gestellten Antrag auf Fortzahlung der Miete notwendigen Unterlagen und Informationen direkt zugeleitet werden.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

(Optional): Diese Einverständniserklärung ist gültig bis zum _____

(Optional): Sonstige Erläuterungen / Ergänzungen / Hinweise

(Ort, Datum und Unterschrift)