

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Az. / BG-Nr.: _____

Erklärung
über die Einwilligung zur Übermittlung und Verarbeitung
von personenbezogenen Daten
im Bereich
„Leistungen für Bildung und Teilhabe (Lernförderung)“

Ich erkläre mich einverstanden, dass die für die Gewährung von Bildungs- und Teilhabeleistungen zuständigen Behörden (Jobcenter Helmstedt, Landkreis Helmstedt) zum Zwecke der Prüfung des Antrages auf Leistungen für Bildung und Teilhabe (Lernförderung) meine hierfür erforderlichen persönlichen Daten (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift, Angaben zum Leistungsbezug (Art, Dauer) der Kreisvolkshochschule Helmstedt auf fernmündlichen, postalischen oder elektronischen Weg übermittelt.

Die Einverständniserklärung erfolgt auf freiwilliger Basis und beruht auf § 67 b Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Die Erklärung kann jederzeit gemäß Artikel 7 Abs. 3 der Datenschutzgrundverordnung widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)