



# Einwilligung zur Datenübermittlung

Ich erkläre:

Die zuständigen Stellen des Kreises und der Städte und Gemeinden sowie die RVM Regionalverkehr Münsterland GmbH dürfen gegenseitig meine Sozialdaten und Kundendaten austauschen und vergleichen.

Dies darf nur zum Überprüfen meiner Berechtigung für die Mobitickets geschehen.

Sie dürfen die folgenden Daten austauschen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse
- Die Information, ob ich gerade Sozialleistungen erhalte (ohne Grund und Leistungshöhe)
- Bewilligungszeitraum

Ich weiß, dass ich mein Einverständnis dazu jederzeit zurücknehmen kann. Ich muss das nicht begründen. Ich kann das Einverständnis nur für die Zukunft zurücknehmen. Ich habe dadurch keine Nachteile. An andere Stellen dürfen meine Daten nicht weitergegeben werden.



Ort, Datum

Unterschrift Abonent/-in bzw. der / des gesetzlichen Vertreter (s)

\* Genauerer dazu steht im § 67 b Sozialgesetzbuch X und den §§ 4, 4 a Bundesdatenschutzgesetz. Sie können uns auch gerne einfach fragen.

## Bescheinigung zum Bezug eines der Mobitickets

Der Leistungsträger bestätigt hiermit, dass der / die Antragsteller/in folgende lfd. Sozialleistungen erhält:

<input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB II	von	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J													
T	T	M	M	J	J	J	J													
<input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB XII	von	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J													
T	T	M	M	J	J	J	J													
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt nach BVG	von	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J													
T	T	M	M	J	J	J	J													
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem AsylbLG	von	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J	bis	<table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J													
T	T	M	M	J	J	J	J													

Ort, Datum

Stempel der Behörde

Unterschrift Sachbearbeiter/-in