

Доручення на роботу з моїми особистими даними

Прізвище та ім'я:

Дата народження:

Батьківщина Вашої родини:

Місце проживання:

Я вповноважую Asyl Berner Oberland включно контролюючий відділ Asyl Berner Oberland на співпрацю з нижче переліченими установами

⊗ Органи соціального страхування

- ⊗ Компенсаційні каси пенсійного забезпечення
- ⊗ Страхові фірми страхового забезпечення по-непрацездатності
- ⊗ Страхові фірми медичного страхування
- ⊗ Страхові фірми страхового забезпечення на випадок втрати праці

⊗ Податкова адміністрація та Казначейство:

- ⊗ Податок на громаду
- ⊗ Прямий федеральний податок
- ⊗ Податок, стягнений з іноземця, безпосередньо у місці та в час виникнення оподаткованого доходу іноземця на користь держави іноземця

- ⊗ Відділ з питань стягнення боргів та банкрутства
- ⊗ Управління дорожньо-транспортної поліції
- ⊗ Приватні страхові фірми
- ⊗ Відділи реєстрації актів цивільного стану громадян

(Особа, що надає доручення мусить самостійно викреслити ті заклади, що цього не потребують). Хоча звертаємо Вашу увагу на те, що для співпраці із органами соціального страхування, відділом з питань стягнення боргів та банкрутства та із Управлінням дорожньо-транспортної поліції на підставі законодавства ми не потребуємо жодного доручення.)

та сумісну обробку моїх персональних даних разом із вище переліченими установами в процесі винесення рішення по моїй заяві на отримання фінансової підтримки а також на весь період отримання мною фінансової підтримки. Усі вище перелічені установи повинні надавати за запитом Asyl Berner Oberland, включно контролюючий відділ Asyl Berner Oberland, необхідну усну та письмову інформацію, включно документи.

Я приймаю до уваги, що я забов'язуюсь про усе, що впливає на розмір допомоги, як то прибутки, компенсації за виконану роботу, кількість осіб, разом із якими я мешкаю, знижки на квартплату та таке інше одразу самотійно повідомляти.

Це доручення Ви можете улюбий час відізвати, надавши у Asyl Berner Oberland прохання про це у письмовій формі. Відзив цього доручення не звільняє Вас від передбаченого законом обов'язку співпраці клієнта / клієнтки з Asyl Berner Oberland та надання у розпорядження Asyl Berner Oberland усіх необхідних для оцінки потреб клієнта / клієнтки, документів.

Моїм підписом я підтверджую , що отримав повну копію оригінала цього доручення.

Тун, _____ Підпис _____

Vollmacht für Datenaustausch

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Wohnadresse:

Ich ermächtige Asyl Berner Oberland **inklusive dessen Revisorat** bei folgenden zuständigen Stellen

- Sozialversicherungen**
 - AHV-Organen (Ausgleichskasse)
 - Invalidenversicherungen
 - Krankenversicherungen
 - Unfallversicherungen
 - Arbeitslosenkassen
- Steuerverwaltungen und Staatskassen**
 - Kantons- und Gemeindesteuern
 - Direkte Bundessteuern
 - Quellensteuern
- Betreibungs- und Konkursämter**
- Strassenverkehrsämter**
- Privatversicherungen**
- Zivilstandsämter**

(Stellen, für welche keine Vollmacht ausgestellt wird, sind von der Vollmachtgeberin zu streichen. Wobei darauf hingewiesen wird, dass bei den Sozialversicherungen, den Betreibungs- und Konkursämtern sowie den Strassenverkehrsämtern Rechtsgrundlagen bestehen, die uns auch ohne Vollmacht zu einer Auskunftseinholung ermächtigen.)

die für die Beurteilung des Gesuchs um finanzielle Unterstützung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen einzuholen sowie während der Unterstützungsdauer Daten auszutauschen. Die obgenannten Stellen sind ermächtigt, Asyl Berner Oberland inklusive dessen Revisorat mündlich und/oder schriftlich alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Dokumente zuzustellen.

Ich nehme zu Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, alle die Höhe der Unterstützung beeinflussenden Veränderungen wie Einnahmen, Ersatzeinkommen, Anzahl Mitbewohner*innen, Mietzinsreduktionen usw. unaufgefordert zu melden.

Die Vollmacht ist jederzeit durch schriftliche Mitteilung an Asyl Berner Oberland widerrufbar. Der Widerruf entbindet nicht von der gesetzlichen Mitwirkungspflicht der Klienten/Klientinnen, die zur Bedarfsabklärung verlangten Unterlagen an Asyl Berner Oberland einzureichen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, ein gleichlautendes Doppel dieser Vollmacht erhalten zu haben.

Thun,

Unterschrift

NAME Druckschrift