

Name	Vorname	Geb.-Datum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Entbindung Schweigepflicht Netzwerkpartner

Das IBZ-Jugend hat vom Stadtjugendamt München den Auftrag, Ihre Zugangsvoraussetzungen für die Maßnahmen der BBJH (berufsbezogene Jugendhilfe) zu prüfen. Dafür ist es erforderlich Netzwerkpartner (siehe Aufzählung unten) einbeziehen zu können. Oftmals lassen sich gerade dadurch Probleme lösen und Ziele besser gemeinsam erreichen.

Grundsätzlich dürfen wir jedoch ohne Ihre Einwilligung keinerlei Informationen an die unten von Ihnen angekreuzten Personen und Institutionen weitergeben. Daher bitten wir um Ihr Einverständnis, diese Personen und Institutionen bei der Entscheidung über den „Jugendhilfebedarf im Übergang Schule - Beruf“ nach § 13 SGB VIII und bei beruflichen Anschlussperspektiven einbeziehen zu dürfen. Die Weitergabe von Informationen erfolgt dabei ausschließlich im gesetzlich zulässigen Rahmen (insbesondere unter Beachtung der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes).

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter*innen folgender Netzwerkpartner sich über mich austauschen, um einen erfolgreichen Unterstützungsprozess zu ermöglichen und entbinde gleichzeitig die folgenden Fachkräfte von ihrer Schweigepflicht:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stadtjugendamt München | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*innen des IBZ-Jugend untereinander |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*innen der BBJH Einrichtungen | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*innen des JIBB untereinander |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt Landkreis München | <input type="checkbox"/> Externes Jugendamt: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfeeinrichtungen | <input type="checkbox"/> Betreuer*innen: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> Jobcenter |
| <input type="checkbox"/> Bezirkssozialarbeit | <input type="checkbox"/> Vermittlungsstelle / stationäre Jugendhilfe |
| <input type="checkbox"/> Schulen: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Bildungsträger: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ärzt*innen: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Psycholog*innen: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut*innen: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Bewährungshelfer*innen: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Eltern (bei über 18jährigen): <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> weitere Stellen und Personen: <input type="text"/> | |

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich die hier erteilte Einwilligung jederzeit beim IBZ-Jugend bzw. dem mit der Durchführung beauftragten Träger DAA Deutsche Angestellten-Akademie (per Mail: ibz.jugend@daa.de oder per Post: IBZ-Jugend, Kapuzinerstraße 30, 80337 München) widerrufen kann.

München, <input type="text"/>	Unterschrift <input type="text"/>
ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigte <input type="text"/>	