

---

Name

---

Aktenzeichen

---

Anschrift

### **Einverständniserklärung**

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass der Fachdienst für Soziales und Wohnen des Landkreises Potsdam-Mittelmark die zu gewährende Sozialhilfe auf das Konto:

Bitte ankreuzen:

- des Pflegeheimes
- des Pflegedienstes

---

(genaue Anschrift)

überweisen darf.

---

Datum

---

Unterschrift

---

Nur für den Fall der Anforderung von Unterlagen:

### **Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht:**

mit meiner Unterschrift entbinde ich die Krankenkasse/Pflegekasse von der Schweigepflicht.

---

Name der Krankenkasse

---

Mitgliedsnummer

---

Anschrift der Krankenkasse (vollständig)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Hilfesuchender/  
gesetzlicher Vertreter