RVM KREISCOESFELD. WESTFALENTARIF im Münsterland

NICHT VERGESSEN!

Anspruchsberechtigte(r):
Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum: | | | | | | | | |

Kundennummer:
(falls vorhanden) | | | | | | | | | | | | | | |

Bescheinigung zum Bezug eines MobiTickets

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 Abonnent/-in bzw. der / des gesetzlichen Vertreter (s)**

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

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

Datumseingabe bitte wie folgt eingeben, Beispiel: 01.09.22

☐ Leistungen nach SGB II	von		bis	
☐ Leistungen nach SGB XII	von		bis	
☐ Hilfe zum Lebensunterhalt nach BVG	von		bis	
☐ Leistungen nach dem AsylbLG	von		bis	

Ort, Datum	**Stempel der Behörde**	**Unterschrift Sachbearbeiter/-in**