

IIZ-MAMAC-Geschäftsstelle des Kantons xy

Name des/der Kunden/Kundin:

AHV-Nr.

Geburtsdatum:

.....

.....

.....

Zur Verbesserung meiner Intergrationschancen durch eine verbesserte Zusammenarbeit der Vollzugsstellen der Arbeitslosenversicherung, der Invalidenversicherung und der Sozialhilfe im Rahmen von MAMAC erkläre ich mit einverstanden damit, dass die MAMAC-Geschäftsstelle bzw. das MAMAC-Team des Kantons xy (nachfolgend MAMAC) während der ganzen Dauer des MAMAC-Verfahrens zu meiner Wiedereingliederung ins Erwerbsleben die erforderlichen Informationen und Daten bei Dritten einholt und soweit notwendig Dritten bekannt- oder weitergibt. Mit meiner Unterschrift erteile ich folgende

Vollmacht

Die Vollmacht umfasst insbesondere

a) Daten von Versicherungen bzw. Sozialhilfediensten

Der/die Kunde/Kundin ermächtigt das MAMAC-Team ausdrücklich, bei öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern, wie Krankenversicherern, Taggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Vollzugsstellen der Arbeitslosenversicherung etc. die erforderlichen Auskünfte und Daten einzuholen und die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte über Berufsberatung). Die Versicherungsträger sind befugt, für die gesamte Dauer des MAMAC-Verfahrens fortlaufend Kopien der relevanten Akten zuzustellen.

b) Daten von medizinischen Leistungserbringern, Institutionen und Arbeitgeber

Ebenso wird das MAMAC-Team ermächtigt, die notwendig erscheinenden Auskünfte und Daten bei Ärzten, Spitälern, Heilanstalten und bei anderen Institutionen des Gesundheitswesens und der sozialen oder beruflichen Integration sowie bei Arbeitgebern einzuholen. Die medizinischen Leistungserbringer, Institutionen und Arbeitgeber sind für die Dauer des MAMAC-Verfahrens gegenüber dem MAMAC-Team vorbehaltlos von der Schweigepflicht entbunden.

c) Bekanntgabe und Weiterleiten von Daten

Im Weiteren ermächtigt der/die Kunde/Kundin das MAMAC-Team, im Hinblick auf die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der IV, ALV und der Sozialhilfe die hievor unter a) und b) genannten Daten und Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit (insbesondere medizinische Dokumente) der zuständigen IV-Stelle/ Vollzugsstellen der Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe weiterzugeben, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen.

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Kunden/Kundin
oder des gesetzlichen Vertreters

.....

.....