

**Einverständniserklärung/Vollmacht und Anmeldung**

---

Hiermit gebe ich,

Name, Vorname: .....

Adresse, PLZ, Wohnort: .....

Telefon-Nr. ....

AHV-Nr.: .....

mein Einverständnis, dass die im IIZ-Netzwerk des Kantons Zürich zusammenarbeitenden Behörden, Organisationen resp. Personen die rechtmässig beschafften Informationen gegenseitig mündlich oder schriftlich austauschen können, soweit sie für die Integration relevant sind.

Im IIZ-Netzwerk des Kantons Zürich arbeiten das Amt für Wirtschaft und Arbeit, die SVA Zürich (IV-Stelle), das Amt für Jugend und Berufsberatung (Berufsinformationszentren/biz) resp. für die Stadt Zürich das Laufbahnzentrum (LBZ), das Kantonale Sozialamt und die Sozialhilfeorgane der Gemeinde/Stadt.....zusammen.

Bitte Gemeinde/Stadt ausfüllen

Weiter gebe ich meine Zustimmung dazu, dass die

- Gespräche und Resultate der Zusammenarbeit protokolliert werden
- Ergebnisse anonymisiert in Berichten und für das Controlling verwendet werden
- Mitglieder des IIZ Fallteams berechtigt sind, die für die Eingliederung in Frage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) bedarfsgerecht zu informieren

Ich nehme zur Kenntnis, dass für den Austausch mit Personen, die unter dem Berufsgeheimnis stehen, eine separate Entbindung erstellt wird.

Ich erkläre mich bereit, aktiv und verbindlich am IIZ-Prozess mitzuarbeiten.

Diese Einverständniserklärung/Vollmacht gilt bis zum Abschluss der Zusammenarbeit im IIZ-Netzwerk des Kantons Zürich. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein allfälliger Widerruf zum Abbruch des IIZ-Prozesses führt.

Diese Einverständniserklärung/Vollmacht gilt als verbindliche Anfrage beim IIZ-Netzwerk des Kantons Zürich. Die Anfrage wird durch die falleinbringende Institution vorgenommen.

Datum: .....

Unterschrift: .....

(evtl. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters oder der gesetzlichen Vertreterin)