

Einberufung eines Schlichtungsverfahrens nach § 15a SGB II

Einberufen durch:		
Anrede:		
Bürgergeldbeziehende/r	ja	nein
Name:		
Vorname:		
PLZ:		
Wohnort:		
Straße und Hausnummer:		
Telefonnummer:		
E-Mailadresse:		
Integrationsfachkraft (Arbeitsvermittlung)	ja	nein
Name:		
Vorname:		
Dienststelle		
Besondere Bedürfnisse		
Benötigen Sie eine/n Dolmetscher*in?	ja	nein
Für welche Sprache?		
Haben Sie Vollmachten erteilt?	ja	nein
Bestehen bei Ihnen Beeinträchtigungen?	ja	nein
Sonstiges		

Angaben zum Sachverhalt		
Schildern Sie den Sachverhalt und warum Sie der Kooperationsvereinbarung derzeit nicht zustimmen können.		
Wann hat sich der beschriebene Sachverhalt ereignet?		
Ergänzende Unterlagen sind		
Entwurf Kooperationsplan	ja	nein
Gesprächsvermerke	ja	nein
Vollmachten	ja	nein
Sonstige Unterlagen	ja	nein

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle meinen Antrag und sämtliche relevanten Unterlagen an den Antragsgegner weiterleitet.

ja

nein

Hinweis: Ohne das Einverständnis zur Weiterleitung kann ein Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle mit mir per E-Mail kommuniziert. Mir sind die Risiken bewusst, die beim Versand unverschlüsselter E-Mails entstehen. Das gilt besonders für das Risiko der unbefugten Kenntnisnahme durch Dritte.

ja

nein

Datum

Unterschrift