|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| becoBerner Wirtschaft |  | becoEconomie bernoise |  |  |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Arbeitsvermittlung |  | Service de l‘emploi |  |  |
|  |  |  |
| Bern, Juli 2018 |
| *Wir weisen Sie darauf hin, dass das Schreiben nicht zur direkten Übernahme erarbeitet worden ist; man konzentrierte sich lediglich auf den Inhalt. Bitte verwenden Sie Ihre Briefvorlagen und fügen Sie jeweils den grau hinterlegten Text ein – vielen Dank!* |

Vollmacht für den Daten- und Informationsaustausch zwischen Arbeitslosenversicherung und Sozialdienst

Information

Die Arbeitslosenversicherung (RAV und Arbeitslosenkassen) und die Sozialdienste des Kantons Bern arbeiten zusammen, um die rasche und dauerhafte Eingliederung von gemeinsamen Kundinnen/Kunden in den Arbeitsmarkt zu fördern. Dies geschieht durch koordinierte und zielgerichtete Abklärungen und Integrationsmassnahmen.

Um eine umfassende Abklärung durchführen zu können, sind Ihr RAV, Ihre Arbeitslosenkasse und Ihr Sozialdienst darauf angewiesen, die notwendigen Daten und Informationen in mündlicher oder schriftlicher Form auszutauschen.

Zustimmung und Umfang des Daten- und Informationsaustauschs

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

[ ]  Ich weiss, dass die Unterzeichnung dieser Vollmacht freiwillig ist und ich diese jederzeit widerrufen kann.1

Mit der Unterzeichnung dieser Vollmacht ermächtige ich mein RAV, die zuständige Arbeitslosenkasse und meinen Sozialdienst, Daten und Informationen auszutauschen, die:

[ ]  für koordinierte und zielgerichtete Abklärungen und Integrationsmassnahmen notwendig sind;

[ ]  für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen bzw. für die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge erforderlich sind.

Akteneinsichtsrecht

Sie können jederzeit Auskünfte und Einsicht in Ihr Dossier verlangen.

1Die Unterzeichnung ist wegen den Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsrechts freiwillig.

Widerruf und Dauer

Sie können diese Vollmacht jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ohne Widerruf ist diese Vollmacht 12 Monate gültig. Danach wird für den Daten- und Informationsaustausch eine neue Vollmacht benötigt.

Ort, Datum Vorname, Name Klient/in / Unterschrift

Ort, Datum Stempel Sozialdienst

 Vorname, Name Sozialarbeiter/in / Unterschrift

Verteiler:

* Kundin bzw. Kunde
* Arbeitslosenkasse der Kundin bzw. des Kunden
* RAV der Kundin bzw. des Kunden
* Sozialdienst der Kundin bzw. des Kunden