|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Amt für  Arbeitslosenversicherung | Office de  l’assurance-chômage |  |  |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Arbeitsvermittlung | Service de l‘emploi |  |  |
|  | |  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 19. Februar 2021 |

*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 Asylsozialhilfestelle / Flüchtlingssozialdienst / SozialdienstSozialdienst/ regionale Partner / BIAS- strategische Partner

Information

Die Arbeitslosenversicherung (RAV und Arbeitslosenkassen) und der Sozialdienst / regionale Partner / BIAS-strategische Partner Name, Strasse, PLZ, OrtName, Strasse, PLZ, Ort 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]](#footnote-1)

Mit der Unterzeichnung dieser Vollmacht ermächtige ich mein RAV, die zuständige Arbeitslosenkasse und meinen Sozialdienst/ regionalen Partner / BIAS – strategische Partner, 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.

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. Die Vollmacht ist auch noch nach der Abmeldung der versicherten Person beim RAV gültig, falls die Dauer der Vollmacht von 12 Monaten noch nicht abgelaufen ist oder kein Widerruf erfolgt ist.

Ort, Datum Vorname, Name Klient/in / Unterschrift

Ort, Datum Stempel Sozialdienst/ regionaler Partner

Vorname, Name Sozialarbeiter/in / Unterschrift

Ort, Datum Stempel BIAS

Vorname, Name BIAS-Partner / Unterschrift

Verteiler

* Kundin bzw. Kunde
* Arbeitslosenkasse der Kundin bzw. des Kunden
* RAV der Kundin bzw. des Kunden
* BIAS – strategische Partner
* Sozialdienst / regionale Partner der Kundin bzw. des Kunden

1. Die Unterzeichnung ist wegen den Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsrechts freiwillig. [↑](#footnote-ref-1)