

Name	Vorname	Geb. Datum	Tel.	Notiz
Anschrift:	Straße	Ort	email	
Stellvertretung *				
Name	Vorname	Geb. Datum	Telefon/email	
Kontaktaufnahme: Bitte ankreuzen	Telefonisch <input type="checkbox"/>	per Post <input type="checkbox"/>	per email <input type="checkbox"/>	
Beratungsanliegen Bitte ankreuzen, mehrfach möglich	Transport & Mobilität <input type="checkbox"/>	Pflege & Leistungen <input type="checkbox"/>	Betreuung/ Geselligkeit <input type="checkbox"/>	
Information gewünscht zu: Bitte ankreuzen, mehrfach möglich	Wohnen im Alter <input type="checkbox"/>	Umbau & Fördermittel <input type="checkbox"/>	Aktivitäten des Quartiersbüro <input type="checkbox"/>	
Anmerkungen				
Vermittlung durch: Datum Name Unterschrift				

\*stellvertretender Ansprechpartner/ gesetzlicher Vertreter\*in: Ehepartner\*in, Tochter, Sohn, Sonstiges

**Bitte geben Sie dieses Formular (Original) im Rathaus ab. Postanschrift: Hauptstr. 2 \_82449 Uffing a. Staffelsee**

*Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die hier erhobenen Daten, durch die Gemeinde Uffing a. Staffelsee, zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem gesetzlichen Vertreter z. B. für Öffentlichkeitsarbeit, um Einladungen zu Veranstaltungen und Hinweise auf Beratung und Betreuung zur Alltagsbewältigung zu erhalten ) verarbeitet und gespeichert werden dürfen.*

*Die Daten werden bis 5 Jahre nach dem Zeitpunkt ihrer Unterschrift gespeichert. Die Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.*

---

Datum /Unterschrift

---