Gemeinde Steinhausen

Soziales und Gesundheit

Anmeldung zur Sozialberatung

1. Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

2. Grund der Anmeldung

Kurze Beschreibung Ihrer Situation

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Was haben Sie unternommen, um die Situation zu verändern?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ihr Anliegen/ Ihre Erwartungen an den Sozialdienst

_____
_____
_____
_____
_____

3. Datenschutz bei Mailverkehr

Mit Ihrem Einverständnis darf der Sozialdienst, ohne dabei den Datenschutz zu missachten, mit Ihnen per E-Mail in Kontakt treten.

☐ Ja, ich bin damit einverstanden. ☐ Nein, ich bin nicht damit einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift

_____