

DIAKONISCHES WERK DER EV. KIRCHENKREISE TRIER, SIMMERN-TRARBACH UND AN NAHE UND GLAN gGMBH

Schuldnerberatung

ANMELDEBOGEN

DIAKONISCHES WERK
der Ev. Kirchenkreise Trier,
Simmern-Trarbach und An Nahe und Glan gGmbH
- Schuldnerberatung -
Theobaldstr. 10, 54292 Trier
Tel.: 0651 20 900-54/-55/-56
Fax: 0651 20 900-46

Datum:

		Ehegatte/Partner
Name:		
Vorname:		
Geburtstag:		
PLZ / Wohnort:		
Straße:		
Telefon: Mail:		
Familienstand seit wann:		
Staatsangeh.:		
Konfession:		
ausgeübter Beruf:		
Schulbildung: Ausbildung als:		
Arbeitgeber: seit wann: Adresse:		

**Kinder oder sonstige unterhaltsberechtigzte Personen:
ehel. / nicht ehel. (bitte angeben)**

Name:				
Vorname:				
Geburtstag:				

Bankverbindung (Bank, IBAN):

P-Konto: ja nein

Vermögensauskunft: ja nein

Wenn ja: wann: wo

Lohn/Gehaltspfändung (seit wann, von wem, wieviel?):

Sind Sie derzeit selbstständig? Ja Nein Waren Sie jemals selbstständig? Ja Nein

Sind Sie wegen Betrugs oder eines anderen Delikts schon einmal juristisch belangt worden?
Ja Nein

EINNAHMEN :

Lohn/Gehalt: _____

Arbeitsl.Geld I: _____

von wann-bis: _____

Arbeitsl.Geld II: _____

von wann-bis: _____

Rente: _____

Kindergeld/

- zuschuß: _____

Elterngeld: _____

seit

wann: _____

Wohngeld: _____

Lastenzuschuß: _____

Beihilfen: _____

Unterhalt: _____

Sonstiges: _____

**GESAMT-
EINNAHMEN:** _____

=====

**AUSGABEN
(monatlich):**

Miete: _____

Energie: _____

Heizung: _____

Wasser: _____

Hausrat/Haftpflicht.: _____

Risikolebensvers.: _____

Kapitallebensvers.: _____

Unfallvers.: _____

Rechtsschutz: _____

Sonstige: _____

Telefon: _____

ARD/ZDF-

Beitrag: _____

Kfz.- Versicherung:

.....- Steuer: _____

- Benzin: _____

Unterhaltszahlung: _____

Kindergarten: _____

Sonstiges: _____

**GESAMT-
AUSGABEN:** _____

=====

Gesamteinnahmen: _____

./. Ausgaben: _____

./. Lebenshaltung: _____

REST: _____

=====

Gläubiger	Gesamtforderung	nein/ja (Höhe)	Titel ja/nein	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				

Haben Sie bereits ein Insolvenzverfahren gemacht? **Ja** **Nein.....**

Wenn ja, Datum der Restschuldbefreiung am: _____

**Betreuung/Beratung durch andere Stellen
(z.B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz oder Sonstige);
Wer?, Wo? Wann?, Wie lange?**

**Wurden bereits Therapien durchgeführt oder angefangen/abgebrochen
(z.B. Sucht- oder Familientherapie)**

Wurden Sie von Ihrer Arbeitsagentur an uns verwiesen? JA Nein
