

Füllen Sie die Seite 1 und 2 des Bogens möglichst vollständig aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte im Gespräch an Ihre beratende Person. Bitte leserlich schreiben.

Schuldnerberatung Frankfurt Ost Stiftstr. 29 60313 Frankfurt Telefon: 069 – 956389-0 E-Mail info@sfo-heh.de	Datum: Beraterkürzel: Ende der Beratung:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Beratung - Aufnahmebogen

Nachname	Vorname	Geburtsdatum/Alter
	Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> ohne/andere:	
Wohnort/Straße	Postleitzahl (PLZ) Frankfurt am Main	Telefon-/Handynummer
Familienstand	Nationalität	Derzeitiger Beruf/beschäftigt als <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Berufsbezeichnung:
E-Mail		

Zuständiges Sozialrathaus: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung Ja Nein

Finanzierung des Lebensunterhaltes

- Gehalt/Lohn Selbständige Tätigkeit ALG I kein Einkommen
 Sozialhilfe Sonstige Leistungen ALG II Sonstige Einkommen

Nettoeinkommen pro Monat: _____

Haushaltsangehörige / Unterhaltsberechtigte im Haushalt

Personen im Haushalt (z.B. Ehemann, Tochter)	Geburtsdatum	Einkommen
Unterhaltsberechtigte außerhalb des Haushalts:		

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit statistischen Auswertungen automatisiert verarbeitet und genutzt werden.

Frankfurt, den _____

Datum und Unterschrift der/des Ratsuchenden

Füllen Sie die Seite 1 und 2 des Bogens möglichst vollständig aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte im Gespräch an Ihre beratende Person. Bitte leserlich schreiben.

Wurden Sie von einer Behörde aufgefordert, Kontakt zu uns aufzunehmen?

Nein **Ja, dann lesen Sie bitte noch folgenden Text und unterschreiben die Kenntnisnahme:**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und beantrage Schuldnerberatung nach § 16 SGB II, § 11 SGB XII und § 305 InsO. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 60ff SGB I zur Mitwirkung bei der Antragsbearbeitung verpflichtet bin und dass mein Antrag auf Gewährung von Leistungen nicht weiterbearbeitet werden kann, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme. Mir ist außerdem bekannt, dass meine personenbezogenen Daten entsprechend dem Sozialgesetzbuch (insbesondere § 67a-d SGB X) verwendet werden.

Frankfurt, den _____

Datum und Unterschrift der/des Ratsuchenden

Bitte stellen Sie nachfolgend Ihre Einkommensverhältnisse so umfassend wie möglich dar. Gerne helfen wir Ihnen auch dabei.

Lebensunterhalt - Einnahmen:

	Gehalt/Lohn	Selbständigkeit	Rente/Pension	ALG I	ALGII	Sozialhilfe
Betrag in €						
	Unterhalt	Kindergeld	Wohngeld	Krankengeld	Sonstige	
Betrag in €						

Ausgaben:

	Miete	Strom	Gas	Telefon/Internet	
Betrag in €					
	Unterhalt	Kindergeld	Wohngeld	Krankengeld	Sonstige
Betrag in €					

- Konto	Bank:	Konto-Stand:	€
----------------	--------------	---------------------	----------

Schulden gesamt ca. _____ €

Zutreffendes bitte ankreuzen

Titel, Urteil Eidesstattliche Versicherung Pfändung Abtretung Raten

Schulden bitte einzeln auflisten: