

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

Schuldnerberatung

## A N M E L D E B O G E N

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 |
|---|--|------------------|
| <b>Name:</b>                                    |  |                  |
| <b>Vorname:</b>                                 |  |                  |
| <b>Geburtstag:</b>                              |  |                  |
| <b>PLZ / Wohnort:</b>                           |  |                  |
| <b>Straße:</b>                                  |  |                  |
| <b>Telefon:<br/>Mail:</b>                       |  |                  |
| <b>Familienstand<br/>seit wann:</b>             |  |                  |
| <b>Staatsangeh.:</b>                            |  |                  |
| <b>Konfession:</b>                              |  |                  |
| <b>ausgeübter Beruf:</b>                        |  |                  |
| <b>Schulbildung:<br/>Ausbildung als:</b>        |  |                  |
| <b>Arbeitgeber:<br/>seit wann:<br/>Adresse:</b> |  |                  |

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

|                    |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|
| <b>Name:</b>       |  |  |  |  |
| <b>Vorname:</b>    |  |  |  |  |
| <b>Geburtstag:</b> |  |  |  |  |

**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:** \_\_\_\_\_

| <b>Gläubiger</b> | <b>derzeitige<br/>Gesamtforderung</b> | <b>monatl. Rate -<br/>nein/ja (Höhe)</b> | <b>Vollstreckungs-<br/>Titel<br/>ja/nein</b> |  |
|------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 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

---