

BEITRAGSFORMULAR

Datum _____ 20 _____

Fallname/-nummer _____

Sehr geehrte/r _____,
wir versuchen festzustellen, ob Sie folgenden Personen Geld geben:

Bitte beantworten Sie untenstehende Fragen und senden Sie dieses Schreiben bis zum _____ zurück. _____

Unterschrift des Sachbearbeiters _____

Telefonnummer _____

1. Sind Sie der Vater/die Mutter einer der oben aufgeführten Personen? ___ JA ___ NEIN Wenn **JA**, geben Sie bitte die Namen Ihrer Kinder an _____
2. Geben Sie einer der oben aufgeführten Personen Geld? ___ JA ___ NEIN Wenn **NEIN**, bitte weiter bei 6. unten.
3. Für wen ist das Geld? _____
4. Wenn Sie ihnen Geld geben, wie viel geben Sie ihnen? _____
 - a. Wie oft? _____ b. An welchem Wochentag? _____
 - c. Wie viel Geld haben Sie ihnen gegeben? _____ USD
 - d. Wie viel Geld haben Sie ihnen gegeben? _____ USD
 - e. Wie viel Geld haben Sie ihnen gegeben? _____ USD
5. Ist das Geld, das Sie ihnen geben, ein Darlehen? ___ JA ___ NEIN
6. Wenn Sie aufgehört haben, einer der oben aufgeführten Personen Geld zu geben, wann haben Sie aufgehört? _____
7. Zahlen Sie dem Gericht für eine der oben aufgeführten Personen Geld? ___ JA ___ NEIN Wenn **JA**, geben Sie bitten ihren Namen an _____
8. Zahlen Sie oder helfen Sie bei der Zahlung von Miete oder Hypothek? ___ JA ___ NEIN
 - a. Wenn Sie bei der Zahlung von Miete oder Hypothek helfen, wem geben Sie das Geld? _____
 - b. Wie viel bezahlen Sie? _____
9. Zahlen Sie oder helfen Sie bei der Zahlung folgender Rechnungen?

	JA	NEIN	Wie viel bezahlen Sie?	Wem geben Sie das Geld?
a. Strom	___	___	_____	_____
b. Gas	___	___	_____	_____
c. Wasser	___	___	_____	_____
d. Telefon	___	___	_____	_____
e. Sonstiges	___	___	_____	_____
10. Geben Sie den Namen, die Adresse und die Telefonnummer von anderen Personen an, die der Familie helfen _____
11. Bitte führen sie unten Krankenhaus-/Unfall-/Lebensversicherungen auf, die Sie für Familienmitglieder abgeschlossen haben:

Name des Unternehmens	Gruppen- oder Police-Nr.	Zertifikat-Nr.	Art der Versicherungs- deckung	Versichertes Familienmitglied
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Datum _____ Ihre Unterschrift _____ Telefonnummer _____

Ihre Adresse _____

Hauptperson des Falls: _____ Fallnummer des Verwaltungsbezirks: _____ _____
