

- Antrag auf**  Entschuldungshilfen  
 Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung

**A**

**Angaben zur Person**

	Antragsteller / in	Partner / in
Name		
Geb.-Name		
Vorname		
Straße		
PLZ / Ort		
Bundesland		
Telefon		
e-Mail		
Mobil		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Anzahl der Kinder	ehel.:                      nichtehel.:	ehel.:                      nichtehel.:
Alter der Kinder		
Staatsangehörigkeit:		

**B**

**Art und Dauer der Suchterkrankung**

Abhängig von  illeg. Drogen     Alkohol     Medikamente     Polytox

Dauer der Abhängigkeit    von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Therapie  stat. Langz.     Ambulant     Substitution     Selbstentz.

**Einrichtung:**

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**C****Angaben zum Einkommen**

	Antragsteller / in	Partner / in
abgeschlossene Ausbildung als		
Tätigkeit als		
seit		
befristet bis		
Arbeitgeber		
Anschrift		
Telefon		
arbeitslos seit		
Ausbildung/ Umschulung zum / zur		
Dauer	von	bis
monatl. Nettoeinkommen		
Krankenvers. -Nr.		
Krankenvers. Anschrift		
Besteht ein Pfändungsschutzkonto <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>		

**D****Unterhaltsberechtigzte**

Name	Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverh.	Unterhalt mtl.	Rückstand

**E****Angaben zur betreuenden Stelle**

<b>Name der Einrichtung</b>	
Straße	
PLZ / Ort	
Bundesland	
Telefon	
Name des /der Betreuers/in	Funktion:
Tätigkeit	
<b>Name der Einrichtung</b>	
Straße	
PLZ / Ort	
Bundesland	
Telefon	
Name des /der Betreuers/in	Funktion:
Tätigkeit	

**F****Erklärungen der betreuenden Stelle**

Wir erklären hiermit unsere Bereitschaft, für die Dauer des Schuldenabtrags mit

Herrn / Frau \_\_\_\_\_ zusammenzuarbeiten.  
Ferner bestätigen wir die Vollständigkeit der gemachten Angaben und eingereichten Unterlagen.

Stellungnahme zum Stand der sozialen und beruflichen Integration des Antragstellers (Prognose):

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Betreuers / in

**G****Erklärungen des / der Antragstellers / in**

Ich erkläre meine Bereitschaft für die Dauer des Schuldenabtrags mit

\_\_\_\_\_ zusammenzuarbeiten.

Weiterhin bestätige ich die Vollständigkeit der gemachten Angaben und Unterlagen.  
Ich verpflichte mich ferner, die Stiftung oder die Betreuungsstelle umgehend über die Veränderungen meiner Lebensverhältnisse zu informieren (Umzug, Wechsel / Verlust der Arbeitsstelle, Aufnahme von Krediten).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Erläuterungen:**

Bitte füllen Sie den vorliegenden Antrag sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage eindeutig. Bitte bedenken Sie, daß die Angaben in diesem Antrag Grundlage für weitreichende Entscheidungen und Verhandlungsstrategien sind, die zu Ihrem Vorteil getroffen werden sollen.

Bei auftretenden Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen (die Mitarbeiter der Stiftung) gerne weiter.  
Sie erreichen uns telefonisch: 0 23 81 / 210 06, Telefax 0 23 81 / 210 08, e-mail: [info@weizsaecker-stiftung.de](mailto:info@weizsaecker-stiftung.de).

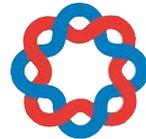
Die Angaben zum Partner / zur Partnerin sind nur erforderlich bei Eheleuten, bei gemeinsamem Haushalt oder bei Verschuldung beider Partner.

Wir danken Ihnen für die Beachtung unserer vorstehenden Erläuterungen.

# - Marianne von Weizsäcker Stiftung -

Integrationshilfe für ehemals Suchtkranke e.V.

Grünstraße 99 · 59063 Hamm · Telefon 0 23 81/2 10 06 · Telefax 0 23 81/2 10 08



## VOLLMACHT:

Hiermit erteile ich,

---

Vorname, Name

---

Anschrift

der

Marianne von Weizsäcker Stiftung, Grünstr. 99, 59063 Hamm, vertreten durch

1. Frau Rita Hornung
2. Frau Margita Helmig
3. Frau Annegret Beckmüller
4. \_\_\_\_\_

bis auf Widerruf die Vollmacht gegenüber allen Gläubigern im Rahmen der Schuldnerberatung Auskünfte einzuholen und zu erteilen. Dies umfasst auch die Einsichtnahme in Unterlagen sowie die Anfertigung von Kopien. Hierzu entbinde ich Banken, Sparkassen und andere Kreditinstitute vom Bankgeheimnis bzw. von auferlegten Einschränkungen durch das Datenschutzgesetz. Entsprechendes gilt auch für Versicherungen, Arbeitgeber, öffentliche Stellen (z.B. Finanzämter, Bundesagenturen für Arbeit, Krankenkassen etc.) sowie Auskunftsbüros einschließlich der SCHUFA.

Die Vollmacht erstreckt sich des Weiteren auf außergerichtliche Verhandlungen mit Gläubigern, auf den Abschluss von Ratenzahlungsvereinbarungen und Vergleichen, zur Entgegennahme von Zahlungen und nach Abschluss der Verhandlungen zur Entgegennahme der Originaltitel zur Weiterleitung an den/die Vollmachtgeber. Die Vollmacht erstreckt sich zudem auf die außergerichtliche wie auch gerichtliche Vertretung zur Durchführung eines Verbraucherinsolvenzverfahrens.

Alle über mich gespeicherten Daten dürfen ausschließlich zum Zweck der Schuldnerberatung verwendet werden.

Zwecks bundesweiter Erhebung der Situation überschuldeter Haushalte werden die anonymisierten Daten zu meiner Überschuldungssituation an das Statistische Bundesamt und an das Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW (im Rahmen einer verbindlichen Teilnahme an der Landesstatistik NRW) weitergeleitet. Der Übermittlung meiner anonymisierten Daten stimme ich mit meiner Unterschrift zu. Die Erhebung, Vereinbarung, Speicherung und Übermittlung meiner Sozialdaten erfolgt gem. §§ 67 ff. des X. Sozialgesetzbuches. Die Daten unterliegen im übrigen dem besonderen Schutz (Sozialgeheimnis) gem. § 35 des I Sozialgesetzbuches.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Übermittlung der Korrespondenz einverstanden. Mir ist bekannt, dass diese Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann.

Im Falle meines/unserees Widerrufs bzw. nach Beendigung der Schuldnerberatung erlischt die Vollmacht.

---

Ort, Datum

---

Schuldner/in