

Erklärung

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

VERSICHERUNGSSNUMMER: _____

Ich _____, erkläre, dass ich in

- * einer Lebensgemeinschaft lebe.
- * keiner Lebensgemeinschaft lebe.

Ich erkläre, dass die Sorgepflicht für das Kind _____,

- * nicht weggefallen ist.
- * weggefallen ist.

(DATUM)

(UNTERSCHRIFT)

* Zutreffendes bitte ankreuzen.