

## Erklärung

NAME: \_\_\_\_\_

ANSCHRIFT: \_\_\_\_\_

VERSICHERUNGSNUMMER: \_\_\_\_\_

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.