

Personalbogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort: _____

Adresse: ,

Tel.-Nr.:

email: _____

Familiäre Situation:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ nichteheliche Lebensgemeinschaft ☐ alleinerziehend

seit: _____

Ehegatte (nicht geschieden): _____ Geburtsdatum: _____

Kinder:

Name:	Geburtsdatum	Schule/Beruf	lebt im Haushalt
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Erwerbssituation:

Beruf: _____	
<input type="checkbox"/> erwerbstätig	Nettoeinkommen: _____ €
Arbeitgeber: _____	Arbeitslosengeld I: _____ €
_____	Arbeitslosengeld II _____ €
<input type="checkbox"/> Keine Ausbildung	Rentenbetrag: _____ €
<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____	Unterhalt: _____ €
	Kindergeld: _____ €
<input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig	Sonstiges: _____ €
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (z.B. Hausfrau)	

Verschuldungssituation:

Anzahl der Gläubiger: _____ Höhe der Forderungen : _____ €

☐ Eidesstattliche Versicherung abgegeben am: _____

Amtsgericht in: _____ Aktenzeichen: _____

Liegen Lohnpfändungen vor ? ☐ Ja ☐ Nein

Besitzen Sie ein Girokonto ? ☐ Ja ☐ Nein

Liegen Kontopfändungen vor ? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht ein Pfändungsschutzkonto ? ☐ Ja ☐ Nein

War oder ist auf Ihren Namen ein Gewerbe eingetragen ? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es strafrechtliche Urteile gegen Sie ? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie schon einmal ein Verbraucher – oder Regelinsolvenzverfahren beantragt ?

☐ Ja, am _____ ☐ Nein

Wurde Ihnen bereits einmal die Restschuldbefreiung erteilt ?

☐ Ja, am _____ ☐ Nein

Wurde Ihnen die Restschuldbefreiung bereits einmal versagt ?

☐ Ja, am _____ ☐ Nein

Gründe der Verschuldung:

☐ Arbeitslosigkeit

☐ Trennung/Scheidung

☐ Einkommensrückgang

☐ gescheiterte Selbständigkeit

☐ Überforderung durch zusätzliche Kreditaufnahme

☐ Krankheit/Suchtproblematik

☐ Sonstiges: _____

Datum

Unterschrift