

Bitte das nachfolgende Formular am PC bzw. in Blockschrift ausfüllen und senden an:

An das
Sozialgericht Koblenz
Deinhardpassage 1
56068 Koblenz

Klage

Klägerin / Kläger:

(Nachname, Vorname, und Geburtsdatum jeder Klägerin / jedes Klägers bitte unter Ziffer 1-4 erfassen)

1)

2)

3)

4)

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefonnummer:

ggf. weitere Klägerinnen und Kläger, oder abweichende Adressen:

gegen

Beklagte / Beklagter

Behörde:

Akten- oder Geschäftszeichen der Behörde:

wegen

Bitte geben Sie hier an, worüber Sie mit der Behörde streiten:

gegen den / die Bescheide vom (Datum angeben):

in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom (Datum und Aktenzeichen angeben):

mir zugestellt oder bekannt gegeben am (Datum angeben):

Bitte fügen Sie den/die Bescheid(e) und den Widerspruchsbescheid in Kopie bei.

Hiermit beantrage ich / beantragen wir, die Beklagte / den Beklagten zu verurteilen (tragen Sie hier bitte ein, was die Behörde Ihnen bewilligen/gewähren soll):

Begründung:

Datum, Ort:

Unterschrift: