



Aktenzeichen:

Drittschuldnererklärung	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Erklärung des Drittschuldners	
1. <input type="checkbox"/> Die Forderung wird nicht anerkannt.	
2. <input type="checkbox"/> Die bezeichnete Forderung wird dem Grunde nach anerkannt.	
Der pfändbare Betrag	
<input type="checkbox"/> in Höhe von _____ €	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
wird jeweils am _____ an Sie überwiesen.	
Tag, Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> wird bei der Lohn-/Gehaltsabrechnung ermittelt und am _____ an Sie überwiesen.	
Tag, Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> Das Nettoarbeitsentgelt beträgt _____ €	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
Bei schwankendem Entgelt:	
<input type="checkbox"/> Das Nettoarbeitsentgelt beträgt _____ €	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
<input type="checkbox"/> Unterhaltspflicht besteht	
<input type="checkbox"/> für den Ehepartner/die Ehepartnerin	
<input type="checkbox"/> für _____ Kinder.	
Anzahl	
<input type="checkbox"/> von anderer Seite sind Ansprüche nicht geltend gemacht worden.	



Aktenzeichen:

<input type="checkbox"/> Folgende Personen machen gegen die Forderung folgende Ansprüche geltend			
<input type="checkbox"/> Es besteht/bestehen folgende Vorfändung(en):			
<input type="checkbox"/> Das Arbeitsentgelt wurde abgetreten an			
Name und Anschrift _____			
in Höhe von _____ €			
Abtretungserklärung vom _____		Eingang am _____	
<small>Tag, Monat, Jahr</small>		<small>Tag, Monat, Jahr</small>	
<input type="checkbox"/> Einbehaltungen zu Ihren Gunsten sind voraussichtlich möglich ab _____			
<small>Tag, Monat, Jahr</small>			
3. <input type="checkbox"/> Die umseitig bezeichnete Forderung kann nicht erfüllt werden, weil der Schuldner/die Schuldnerin bei uns			
ausgeschieden ist am _____			
<small>Tag, Monat, Jahr</small>			
Name und Anschrift der Krankenkasse _____		Rentenversicherungsnummer _____	
Sonstige Gründe			

C. Unterschrift			
Sollte der Schuldner/die Schuldnerin bei uns ausscheiden, teilen wir Ihnen dies unverzüglich mit.			
_____		_____	
<small>Datum</small>		<small>Unterschrift des Drittschuldners/der Drittschuldnerin</small>	