|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** |  |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| **Straße u. Hausnummer:** |  |
| **PLZ, Wohnort:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Telefonnummer:** |  |
| **Dolmetscher:** | ( ) nein ( ) ja, für die Sprache: |

Sozialgericht Heilbronn

Paulinenstraße 18

74076 Heilbronn

**Es wird Klage erhoben gegen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Verwaltungsbehörde:** |  |
| **Straße u. Hausnummer:** |  |
| **PLZ, Ort:** |  |
| **Datum des Bescheides:** |  |
| **Aktenzeichen/**  **Versicherungsnummer:** |  |
| **Datum des Widerspruchsbescheides:** |  |
| **Aktenzeichen des Widerspruchsbescheides:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Grund der Klage:** |  |

( ) Zur Begründung wird Bezug genommen auf meine Begründung im Widerspruchsverfahren.

( ) Zur Begründung wird auf die beiliegenden Unterlagen Bezug genommen.

( ) Die Begründung wird nachgereicht.

( ) Die Klage wird zur Fristwahrung eingereicht.

**Begründung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift)