|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herr/Divers/Keine Angabe |  |
|  |  |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|  |  |
| Straße, Hausnummer | Telefonnummer (Angabe freiwillig) |
|  |  |
| Postleitzahl, Wohnort |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An das |  |  |
| Sozialgericht  |  | *(das zuständige Sozialgericht und dessen* *Adresse können Sie der Rechtsbehelfsbelehrung am Ende des Widerspruchsbescheides entnehmen)* |
|  |  |
| Straße, Hausnummer |  |  |
|  |  |  |
| Postleitzahl, Ort |  | Datum |

Klage

gegen

|  |
| --- |
|  |
| Name der Behörde, gegen deren Entscheidung Sie sich wenden (z. B. zuständiges Jobcenter, Rentenversicherungsträger, Krankenkasse) |
|  |
| wegen |
|  |
|  |
| Geben Sie hier bitte an, welches Ziel Sie mit Ihrer Klage erreichen wollen (z. B. Rente, Grundsicherung, Sozialhilfe, Krankengeld) |
|  |
| Die Klage richtet sich gegen den Widerspruchsbescheid vom Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
|  |
| Meine Klage begründe ich wie folgt: (bitte legen Sie dar, warum Sie mit dem Widerspruchsbescheid nicht einverstanden sind)  |
|  |
|  |
| Unterschrift |  |