Diakonie
Diakoniewerk Apolda gGmbH

Erstkontakt/ Krisenklärung/ Kurzberatung vom …….

□ telefonischen Kontakt □ schriftlichen Kontakt □ persönlichen Kontakt
□ Datenschutz-Einwilligung wurde erteilt

□ SB □ InsO

Name, Vorname, geb. am: ……
Wohnort/Tel.:……

Anliegen:

0. Sind/ oder waren Sie **selbstständig** und haben Sie mehr als 20 Gläubiger?
□ ja --> wird an Beratungsfachkraft weitergegeben! sofort Termin Regelinsolvenzberatg.

1. Haben Sie ein dringendes Problem?

□ **aktuelle Mietschulden**?	□ Kündigung der Wohnung	□ Räumung der Wohnung
□ **Strom**	□ soll abgestellt werden am	□ ist abgestellt seit
□ Gas	□	□
□ Wasser	□	□
□ Drohende Kontokündigung	□ ja	□ nein
□ Drohende Haftstrafe	□ ja: Termin: ……	□ nein
□ **Grundvermögen**	□ ja	□ nein

2. Haben Sie minderjährige Kinder in Ihrem Haushalt ?
□ Ja Anzahl: …… Alter: …… □ Nein

3. Ist Ihr **Girokonto gepfändet**? □ ja ----> wird an Beratungsfachkraft weitergegeben!
Wann haben Sie von der Kontopfändung erfahren? ……

4. Woraus besteht Ihr **Einkommen**? ……

5. Wird Ihr Einkommen auf Ihr gepfändetes Girokonto überwiesen? ……....

6. Haben Sie bereits Kontopfändungsschutz in Anspruch genommen?
□ **Pfändungsschutzkonto**
□ Kontofreigabe durch Vollstreckungsgericht/ - stelle
□ Verfügung über Sozialleistungen in der Schutzfrist

7. **Sofortmaßnahmen**:
……
……
……
……
……... ...
……
……
……... ...
……
……
……...
……....