

Stadtverwaltung Arnstadt

Stadtkasse

Markt 1

99310 Arnstadt

### **Antrag auf Ratenzahlung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kassenzeichen: \_\_\_\_\_

Aufgrund meiner derzeitigen wirtschaftlichen Verhältnisse bin ich nicht in der Lage, die Forderung in einer Summe zu begleichen. Daher beantrage ich, die oben genannte Forderung in Raten zu zahlen.

Höhe der Ratenzahlung: \_\_\_\_\_

Monatlich ab: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

### **HINWEISE**

Sollten Sie ein Lastschriftverfahren wünschen, füllen Sie bitte zusätzlich ein SEPA-Basislastschriftmandat aus.

Zur Bearbeitung und Genehmigung des Antrags benötigen wir aussagekräftige Einkommensnachweise. Diese sind dem Antrag hinzuzufügen. Nach Prüfung der Unterlagen werden sie über den Ausgang informiert.

**Ohne die Einreichung der geforderten Unterlagen erfolgt  
keine Bearbeitung des Antrags.**

## Auskunft über die wirtschaftlichen Verhältnisse

Kassenzeichen: \_\_\_\_\_

### Allgemein

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Name des Ehegatten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Ehegatten: \_\_\_\_\_

Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder / Personen (Bitte mit Altersangabe):

\_\_\_\_\_

### Monatliches Einkommen

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_

### Sozialleistungen

ALG I / ALG II (Bewilligungszeitraum: \_\_\_\_\_)

Rente

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Monatliche Ausgaben

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bankverbindung

\_\_\_\_\_

### KFZ

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_ Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_

**Weiteres**

Grundbesitz:  Nein /  Ja: \_\_\_\_\_

Lebensversicherung:  Nein /  Ja: \_\_\_\_\_

Bausparvertrag:  Nein /  Ja: \_\_\_\_\_

Wertgegenstände:  Nein /  Ja: \_\_\_\_\_

**Abgabe der Vermögensauskunft**

Datum der Abgabe: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Insolvenzverfahren**

Datum der Eröffnung: \_\_\_\_\_

Zuständiges Amtsgericht: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Insolvenzverwalter: \_\_\_\_\_

**Zu allen Angaben füge ich die entsprechenden Nachweise bei.**

**Mir ist bekannt, dass bei der Stadtverwaltung Arnstadt Rückstände bestehen, die von mir zu begleichen sind. Einwände bezüglich einer Forderungsverjährung werden von mir nicht erhoben.**

**Ebenfalls ist mir bekannt, dass gegen mich Zwangsvollstreckungsmaßnahmen eingeleitet wurden und bei Nichteinhaltung von (Zahlungs-)Vereinbarungen auch fortgesetzt werden. Gemäß den §§ 30, 90 und 93 der Abgabenordnung (AO) i. V. m. dem Thüringer Datenschutzgesetz (ThürDSG) entbinde ich andere Kommunen und deren nachgeordnete Unternehmungen oder Eigenbetriebe, Finanzbehörden, Banken und Sparkassen, Krankenkassen, Sozialleistungsbehörden, Rententräger und die Deutsche Post AG hinsichtlich § 74 a SGB X sowie sonstige Stellen und Institutionen und deren Rechtsnachfolger, die mit mir in einer Rechts- oder Geschäftsbeziehung stehen, gegenüber der Stadtverwaltung Arnstadt / Stadtkasse als Vollstreckungsbehörde von der Schweigepflicht und ermächtige diese Stellen, im Rahmen der Zwangsvollstreckung notwendige Informationen mitzuteilen.**

**Die Stadtverwaltung Arnstadt behält sich das Recht vor, bereits ermittelte Daten auch für neue Forderungen zu verwenden (vgl. § 37 B ThürVwZVG).**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**