

Wohnsitzerklärung

(Wohnsitz ist der Ort, an dem sich die Person gewöhnlich aufhält)

In der Erklärung müssen beide Eltern des Kindes genannt werden, bitte wählen Sie die richtige Angabe aus und kreuzen Sie diese an

A Personenbezogene Daten	Antragsteller/in	Zweiter Elternteil des Kindes ** (angegeben in der Geburtsurkunde)
Vorname:		
Nachname:		
Geburtsdatum		
Telefonnr.:		
E-Mail:		
Wohnsitz in der Slowakischen Republik	JA – NEIN* Adresse:	JA – NEIN* ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER* Adresse:
Wohnsitz außerhalb der Slowakischen Republik	Staat und Adresse, an der Sie leben: seit wann: ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	Staat und Adresse, an der Sie leben: seit wann: ständiger – vorübergehender Wohnsitz*
B Arbeitstätigkeit	auf dem Gebiet der Slowakischen Republik	auf dem Gebiet der Slowakischen Republik
	JA – NEIN* außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik JA – NEIN *	JA – NEIN* ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER* außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik JA – NEIN* ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER*
in der Slowakischen Republik	ARBEITNEHMER/IN Name des letzten Arbeitgebers und Adresse: Dauer des letzten Arbeitsvertrags: von bis besteht* Das Arbeitsverhältnis ist abgeschlossen (<i>bitte einkreisen</i>): <ul style="list-style-type: none"> • auf befristete Dauer, bis..... • auf unbefristete Dauer • ich bin in der Kündigungsfrist bis..... 	ARBEITNEHMER/IN Name des letzten Arbeitgebers und Adresse: Dauer des letzten Arbeitsvertrags: von bis besteht* Das Arbeitsverhältnis ist abgeschlossen (<i>bitte einkreisen</i>): <ul style="list-style-type: none"> • auf befristete Dauer, bis..... • auf unbefristete Dauer • ist in der Kündigungsfrist bis.....
	ENTSANDTE/R ARBEITNEHMER/IN durch einen ausländischen Arbeitgeber in die	ENTSANDTE/R ARBEITNEHMER/IN durch einen ausländischen Arbeitgeber in die

in der Slowakischen Republik	Slowakei entsandt JA – NEIN* aus dem Staat: (<i>bitte angeben: aus welchem Staat</i>)	Slowakei entsandt JA – NEIN* aus dem Staat: (<i>bitte angeben: aus welchem Staat</i>)
	GEWERBETREIBENDE/R Dauer des Gewerbes: von bis Das Gewerbe wird aktiv betrieben JA – NEIN*	GEWERBETREIBENDE/R Dauer des Gewerbes: von bis Das Gewerbe wird aktiv betrieben JA – NEIN*
außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik	ARBEITNEHMER/IN IM STAAT (<i>bitte angeben: in welchem Staat</i>) Firma und Adresse des Arbeitgebers: Dauer des letzten Arbeitsvertrags von bis besteht*	ARBEITNEHMER/IN IM STAAT (<i>bitte angeben: in welchem Staat</i>) Firma und Adresse des Arbeitgebers: Dauer des letzten Arbeitsvertrags: von bis besteht*
	ENTSANDTE/R ARBEITNEHMER/IN durch einen Arbeitgeber aus der Slowakei zur Arbeit ins Ausland entsandt JA – NEIN* in den Staat: (<i>bitte angeben, in welchem Staat</i>)	ENTSANDTE/R ARBEITNEHMER/IN durch einen Arbeitgeber aus der Slowakei zur Arbeit ins Ausland entsandt JA – NEIN* in den Staat: (<i>bitte angeben, in welchem Staat</i>)
	GEWERBETREIBENDE/R IM STAAT (<i>bitte angeben: in welchem Staat</i>) Dauer des Gewerbes: von bis Das Gewerbe wird aktiv betrieben JA – NEIN*	GEWERBETREIBENDE/R IM STAAT (<i>bitte angeben: in welchem Staat</i>) Dauer des Gewerbes: von bis Das Gewerbe wird aktiv betrieben JA – NEIN*
C Wohnsituation	auf dem Gebiet der Slowakischen Republik JA – NEIN*	auf dem Gebiet der Slowakischen Republik JA – NEIN*
	Falls nicht auf dem Gebiet der Slowakischen Republik, geben Sie bitte den Wohnsitzstaat an eigenes Haus JA – NEIN* eigene Wohnung JA – NEIN* gemietetes Haus JA – NEIN* gemietete Wohnung JA – NEIN*	Falls nicht auf dem Gebiet der Slowakischen Republik, geben Sie bitte den Wohnsitzstaat an eigenes Haus JA – NEIN* eigene Wohnung JA – NEIN* gemietetes Haus JA – NEIN* gemietete Wohnung JA – NEIN*

	andere Wohnform (welche)	andere Wohnform (welche)
--	--------------------------	--------------------------

D Auszahlung von Leistungen		
Rente	JA – NEIN* Staat der Auszahlung:	JA – NEIN* ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER* Staat der Auszahlung:
Mutterschaftsgeld	JA – NEIN* Staat der Auszahlung: von bis laufend*	JA – NEIN* ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER* Staat der Auszahlung: von bis laufend*
Arbeitslosengeld	JA – NEIN* Staat der Auszahlung: von bis laufend*	JA – NEIN* ICH HABE KEINE INFORMATIONEN DARÜBER* Staat der Auszahlung: von bis laufend*
E Staat, in dem die Krankenversicherung bezahlt wird	Staat von bis laufend*	Staat von bis laufend*
F Grund für den Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik <i>(z. B.: Besuch einer Oberschule / Hochschulstudium, Familienzusammenführung, Ausübung einer Erwerbstätigkeit usw.)</i>		

G KINDER	1.	2.	3.	4.
Vorname				
Nachname				
Geburtsdatum				
Wohnsitz in der Slowakischen Republik	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*
Adresse seit wann:				
Wohnsitz außerhalb des Gebiets der Slowakischen Republik	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*	ständiger – vorübergehender Wohnsitz*
Adresse seit wann:				
Name des behandelnden Arztes des Kindes Adresse der Arztpraxis / Staat seit wann:				
Geht das Kind zur Schule oder besucht es einen Kindergarten? Wenn ja, bitte den Namen, die Adresse und den Staat angeben seit wann:	JA – NEIN*	JA – NEIN*	JA – NEIN*	JA – NEIN*
Kinder ab 16 Jahren, die die Schule besuchen / studieren <i>(bitte die Form des Unterrichts angeben)</i>	Präsenzunterricht – Fernunterricht * Schuljahr/Studienjahr:	Präsenzunterricht – Fernunterricht * Schuljahr/Studienjahr:	Präsenzunterricht – Fernunterricht * Schuljahr/Studienjahr:	Präsenzunterricht – Fernunterricht * Schuljahr/Studienjahr:

Eidesstattliche Erklärung über den Wohnsitz

(S. 1 bis 4 der Wohnsitzerklärung)

Vorname und Nachname der antragstellenden Person
.....

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben in dieser Erklärung der Wahrheit entsprechen und mir sind die rechtlichen Folgen der Angabe falscher Daten in dieser Erklärung bekannt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die zu Unrecht bezogene Familienbeihilfe zu erstatten. Die antragstellende Person wurde mit den rechtlichen Folgen der Angabe falscher Daten in dieser Erklärung in Kenntnis gesetzt.

Die Änderungen der oben genannten Tatsachen hat die antragstellende Person dem Kostenträger, für dessen Zwecke diese Erklärung abgegeben wurde, rechtzeitig innerhalb von 8 Tagen schriftlich mitzuteilen.

In am Unterschrift der antragstellenden Person

Behörde für Arbeit, Soziales und Familie

Vorname und Nachname des Angestellten

Datum

Unterschrift des Beamten/der Beamtin
Vorname, Nachname, Titel

Erläuterungen:

- * Zutreffendes bitte einkreisen
- ** Der andere Elternteil des Kindes wird auch bei der Scheidung und bei Übertragung des Sorgerechts auf einen Elternteil aufgeführt.