

① _____
Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße u. Hausnummer

PLZ u. Wohnort

Telefon/Handy

An das Sozialgericht Wiesbaden

Klage

gegen

②

Beklagte/r:
Bezeichnung d. Behörde/Leistungsträgers, z.B. Landeshauptstadt Wiesbaden, Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung Hessen, Krankenkasse, Rheingau-Taunus-Kreis

wegen:

Bescheid vom: _____ Az.: _____
 Widerspruchsbescheid vom: _____ Az.: _____
mir zugegangen am: _____

③ **Ich beantrage:**

- die Aufhebung/Änderung der oben genannten Bescheide
 die Beklagte/den Beklagten zu folgender Leistung zu verurteilen:

(bitte schildern Sie hier möglichst exakt, was Sie von d. Bekl. beanspruchen – und ggf. ab wann –, z.B. Arbeitslosengeld ab ...; Leistungen nach dem SGB II ab ...; Übernahme der Kosten wegen ... in Höhe von ...; Rente wegen voller Erwerbsminderung; Krankengeld ab ...)

Dies begründe ich wie folgt:

④ _____
Ort, Datum

Unterschrift