

Abmeldung

Bitte Merkblatt beachten

Bei mehr als vier Familienangehörigen bitte weiteren Meldeschein verwenden!

Tagesstempel der Meldebehörde Amtl. Vermerke

Bisherige Wohnung		Künftige Wohnung	
Gemeindekennzahl		Gemeindekennzahl	
Tag des Auszugs		Postleitzahl, Gemeinde, Kreis, Land (falls Ausland: Staat)	
Postleitzahl, Gemeinde, Ortsteil		Straße, Hausnummer, Zusätze	
Straße, Hausnummer, Zusätze		Diese Wohnung hat bereits bestanden <input type="checkbox"/> Ja, als <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung <input type="checkbox"/> nein	
Die bisherige Wohnung war <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung		Die künftige Wohnung <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung	

Weitere Wohnungen	Diese Wohnung war bisher		Diese Wohnung ist künftig		
Anschrift (Straße, Hausnummer, Zusätze, Postleitzahl, Gemeinde, Kreis)	Hauptwohnung	Nebenwohnung	alleinige Wohnung	Hauptwohnung	Nebenwohnung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Familienname, ggf. Doktorgrad Vorname/n (Rufnamen unterstreichen) Tag der Geburt <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsort, Kreis, Land Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. aufgeh. Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: Staatsangehörigkeiten (Bitte alle Staatsangehörigkeiten angeben!) <input type="checkbox"/> deutsche <input type="checkbox"/> sonstige:	2 Familienname, ggf. Doktorgrad Vorname/n (Rufnamen unterstreichen) Tag der Geburt <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsort, Kreis, Land Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. aufgeh. Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: Staatsangehörigkeiten (Bitte alle Staatsangehörigkeiten angeben!) <input type="checkbox"/> deutsche <input type="checkbox"/> sonstige:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Minderjährige, ledige Kinder

3 Familienname Vorname/n (Rufnamen unterstreichen) Tag der Geburt <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsort, Kreis, Land Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: Staatsangehörigkeiten (Bitte alle Staatsangehörigkeiten angeben!) <input type="checkbox"/> deutsche <input type="checkbox"/> sonstige:	4 Familienname Vorname/n (Rufnamen unterstreichen) Tag der Geburt <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. Geburtsort, Kreis, Land Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft: Staatsangehörigkeiten (Bitte alle Staatsangehörigkeiten angeben!) <input type="checkbox"/> deutsche <input type="checkbox"/> sonstige:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum, Unterschrift einer/eines der Meldepflichtigen

Datum, Unterschrift einer Person mit Betreuungsvollmacht