

Formular ausgefüllt per Post oder per Mail schicken an:

Rechtsanwalt Niklas Clamann, Grevener Straße 418, 48159 Münster

Tel: 0251 57775

Fax: 0251 57776

E-Mail: raclamann@t-online.de

Antragsteller

Ehemann

Ehefrau

Telefon

E-Mail

Ehefrau

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit

monatl. ca. Nettoeinkommen

Ehemann

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Staatsangehörigkeit

monatl. ca. Nettoeinkommen

Letzte gemeinsame Anschrift

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Gemeinsame Kinder

Name, Geburtsdatum

Name, Geburtsdatum

Name, Geburtsdatum

Wo leben die Kinder?

bei der Mutter

beim Vater

bei Dritten

Zu diesen Zeitpunkt

besteht eine Einigkeit

Sorgerecht

Besuchsrecht

Kindesunterhalt

Eheschließung

Zeitpunkt der Heirat

Ort u. Heiratsregisternummer

Besteht ein Ehevertrag?

ja

nein

Trennung

Zeitpunkt der Trennung _____

- innerhalb der gemeinsamen Wohnung
 durch Auszug der Ehefrau durch Auszug des Ehemannes

Läuft zwischen den Ehegatten zur Zeit ein Gerichtsverfahren?

- ja nein

Ist der Versorgungsausgleich durch notariellen Vertrag ausgeschlossen?

- ja nein

Bei einer Ehedauer von weniger als 3 Jahren einschließlich Trennungszeit: Soll ein Antrag auf Versorgungsausgleich gestellt werden?

- ja nein

Besteht eine Einigung zum Ehegattenunterhalt?

- ja nein

Besteht eine Einigung zur Ehewohnung?

- ja nein

Besteht eine Einigung zum Hausrat?

- ja nein

Hatten Sie vorher schon Kontakt zu unserer Kanzlei?

- ja nein

Wünschen Sie, dass wir für Sie einen Antrag auf Verfahrenskostenhilfe stellen?

- ja nein

Ihre Fragen an uns:

Vollmacht

Hiermit erteile ich _____ Rechtsanwalt Niklas Clamann aus Münster *Prozessvollmacht* gem. § 78 und §§ 81 ff ZPO wegen **Ehescheidung** und Vertretung meiner Interessen in meiner Familienrechtsangelegenheit. Die Vollmacht umfasst die Befugnisse zur umgehenden Antragstellung auf Scheidung der Ehe, zum Abschluss von Vereinbarungen über Scheidungsfolgen sowie zur Stellung von Anträgen auf Erteilung von Renten- und sonstigen Versorgungsauskünften.

ja, hiermit erteile ich Vollmacht

Unterschrift (optional):

Ort _____ Datum _____