

An das Landesgericht Eisenstadt
als Arbeits- und Sozialgericht
Wiener Straße 9
7000 Eisenstadt

Dieses Formular ist auf beiden Seiten leserlich auszufüllen. Der bekämpfte Bescheid ist in Kopie oder im Original beizulegen!

KLAGE
S o z i a l r e c h t s s a c h e

Klagende Partei: Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Wohnadresse: _____
Telefonnummer: _____
Versicherungsnummer: _____

Beklagte Partei: **Pensionsversicherungsanstalt (PVA)**
 VA der öffentl. Bed., Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)
 Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)

wegen: **Ausgleichszulage**

Ich erhebe **Klage** gegen den **Bescheid** der beklagten Partei vom
_____. Der Bescheid wurde mir am _____
zugestellt.

- Die Ablehnung der Leistung erfolgte zu Unrecht. Ich erfülle sämtliche Anspruchsvoraussetzungen.
- Die Leistung wurde zu gering bemessen. Bei richtiger Beurteilung gebührt mir eine höhere Leistung.

Die Behauptungen im angefochtenen Bescheid sind insbesondere deshalb unrichtig, weil in Wahrheit folgender Sachverhalt meinen Anspruch begründet (bitte kurz, konkrete Angaben, soweit möglich):

Beweis: Parteieneinvernahme der klagenden Parteieneinvernahme

(Urkunden, Kopien, falls vorhanden)

weitere Beweise werden vorbehalten

- Ich spreche nicht ausreichend Deutsch und beantrage für das gesamte Verfahren die **Beziehung eines Dolmetschers** für die _____ Sprache.
- Ich spreche ausreichend Deutsch und benötige **keinen Dolmetscher**.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Ich beantrage das

Urteil:

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei ab dem gesetzlichen Stichtag Ausgleichszulage im gesetzlichen Ausmaß zu gewähren.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der klagenden Partei