

Tagesstempel der Meldebehörde	Amtl. Vermerke	<b>Abmeldung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bitte <b>Merkblatt</b> beachten.</li> <li>- Bei mehr als vier abzumeldenden Familienangehörigen bitte weiteren Meldeschein verwenden.</li> </ul>
-------------------------------	----------------	------------------	---

**Bisherige Wohnung**

**Künftige Wohnung**

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 2px;">Gemeindekennzahl</td> <td style="padding: 2px;">Bei Angaben zur künftigen Hauptwohnung bitte Nummer 2.1 des Merkblattes beachten.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Tag des Auszugs</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Postleitzahl, Gemeinde, Ortsteil</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Straße, Hausnummer, Zusätze</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Die bisherige Wohnung war <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung</td> </tr> </table>	Gemeindekennzahl	Bei Angaben zur künftigen Hauptwohnung bitte Nummer 2.1 des Merkblattes beachten.	Tag des Auszugs		Postleitzahl, Gemeinde, Ortsteil		Straße, Hausnummer, Zusätze		Die bisherige Wohnung war <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 2px;">Gemeindekennzahl</td> <td style="padding: 2px;">Postleitzahl, Gemeinde / Kreis / Land (falls Ausland: Staat)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Straße, Hausnummer, Zusätze</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Diese Wohnung hat bereits bestanden <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Die künftige Wohnung wird <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung</td> </tr> </table>	Gemeindekennzahl	Postleitzahl, Gemeinde / Kreis / Land (falls Ausland: Staat)	Straße, Hausnummer, Zusätze		Diese Wohnung hat bereits bestanden <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung		Die künftige Wohnung wird <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung	
Gemeindekennzahl	Bei Angaben zur künftigen Hauptwohnung bitte Nummer 2.1 des Merkblattes beachten.																		
Tag des Auszugs																			
Postleitzahl, Gemeinde, Ortsteil																			
Straße, Hausnummer, Zusätze																			
Die bisherige Wohnung war <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung																			
Gemeindekennzahl	Postleitzahl, Gemeinde / Kreis / Land (falls Ausland: Staat)																		
Straße, Hausnummer, Zusätze																			
Diese Wohnung hat bereits bestanden <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung																			
Die künftige Wohnung wird <input type="checkbox"/> alleinige Wohnung <input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung																			

**Weitere Wohnungen**

Anschrift (Straße, Hausnummer, Zusätze, Postleitzahl, Gemeinde, Kreis)	Diese Wohnung war vor der Abmeldung Hauptwohnung	Nebenwohnung	Diese Wohnung ist künftig 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"/>

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 2px;"><b>1</b></td> <td style="padding: 2px;">Familienname, ggf. Doktorgrad</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Vornamen (Rufnamen unterstreichen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Tag der Geburt</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Geburtsort / Kreis / Land</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Familienstand</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Religionszugehörigkeit</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> deutsch</td> </tr> </table>	<b>1</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad	Vornamen (Rufnamen unterstreichen)		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Tag der Geburt		Geburtsort / Kreis / Land		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben	Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige	Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere		<input type="checkbox"/> deutsch		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 2px;"><b>2</b></td> <td style="padding: 2px;">Familienname, ggf. Doktorgrad</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Vornamen (Rufnamen unterstreichen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Tag der Geburt</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Geburtsort / Kreis / Land</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Familienstand</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Religionszugehörigkeit</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> deutsch</td> </tr> </table>	<b>2</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad	Vornamen (Rufnamen unterstreichen)		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Tag der Geburt		Geburtsort / Kreis / Land		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben	Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige	Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere		<input type="checkbox"/> deutsch	
<b>1</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad																																				
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)																																					
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.																																					
Tag der Geburt																																					
Geburtsort / Kreis / Land																																					
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben																																				
Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige																																				
Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere																																					
<input type="checkbox"/> deutsch																																					
<b>2</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad																																				
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)																																					
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.																																					
Tag der Geburt																																					
Geburtsort / Kreis / Land																																					
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> Lebenspartn. führend <input type="checkbox"/> Lebenspartn. verstorben																																				
Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige																																				
Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere																																					
<input type="checkbox"/> deutsch																																					

**Ledige Kinder**

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 2px;"><b>3</b></td> <td style="padding: 2px;">Familienname, ggf. Doktorgrad</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Vornamen (Rufnamen unterstreichen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Tag der Geburt</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Geburtsort / Kreis / Land</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Religionszugehörigkeit</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> deutsch</td> </tr> </table>	<b>3</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad	Vornamen (Rufnamen unterstreichen)		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Tag der Geburt		Geburtsort / Kreis / Land		Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige	Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere		<input type="checkbox"/> deutsch		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 2px solid black; padding: 2px;"><b>4</b></td> <td style="padding: 2px;">Familienname, ggf. Doktorgrad</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Vornamen (Rufnamen unterstreichen)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Tag der Geburt</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Geburtsort / Kreis / Land</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Religionszugehörigkeit</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> deutsch</td> </tr> </table>	<b>4</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad	Vornamen (Rufnamen unterstreichen)		<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		Tag der Geburt		Geburtsort / Kreis / Land		Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige	Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere		<input type="checkbox"/> deutsch	
<b>3</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad																																
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)																																	
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.																																	
Tag der Geburt																																	
Geburtsort / Kreis / Land																																	
Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige																																
Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere																																	
<input type="checkbox"/> deutsch																																	
<b>4</b>	Familienname, ggf. Doktorgrad																																
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)																																	
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.																																	
Tag der Geburt																																	
Geburtsort / Kreis / Land																																	
Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> ev.-ref. <input type="checkbox"/> dan. Kirche Südschl. <input type="checkbox"/> Sonstige																																
Staatsangehörigkeit(en) sonstige, ggf. mehrere																																	
<input type="checkbox"/> deutsch																																	

Ort, Datum	Unterschrift einer/eines der Meldepflichtigen
------------	---