



**Speicher – Das Sozialkaufhaus**  
z.Hd. Herrn Lick  
Leibnizstraße 37  
16225 Eberswalde

## Anfrage zur Ableistung von Sozialstunden

**Füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig und korrekt aus!**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

-Mail: \_\_\_\_\_

Wie viele Sozialstunden haben Sie abzuleisten? \_\_\_\_\_

Wie hoch ist Ihre Geldstrafe? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund, dass Sie Sozialstunden ableisten müssen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wieviele Vorstrafen sind/waren bereits vorhanden? (bitte Gründe angeben)

---

---

---

Wer ist Ihr gesetzlicher Betreuer/Vormund/Bewährungshelfer?

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Welche Qualifikationen haben Sie? (z.B. Ausbildung)

---

---

---

Sind Sie im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? (welche Führerscheinklasse)

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

---

Wie können wir Sie erreichen?

---

Anmerkungen/Behinderungen/Einschränkungen/Was sollten wir noch von Ihnen wissen?

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte unsere Kontaktdaten an Ihren Betreuer weiter, dass dieser mit dem SPEICHER Kontakt aufnehmen kann oder kommen Sie, wenn möglich selbst vorbei. Bringen Sie alle Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen mit (Haftbefehle, Bewährungsaufgaben, Gerichtsurteile)

**Ansprechpartner im SPEICHER – Eberswalde**

Herr Lick  
Leibnizstr. 37  
16225 Eberswalde

Tel. 03334-3895640

Wir werden umgehend prüfen, ob Sie wir Ihnen die Möglichkeit geben können, Ihre Sozialstunden abzuleisten.

Vielen Dank!

Träger: europäischer Regionaler Förderverein e.V., Coppi Str.10, 16227 Eberswalde  
Email: [regionaler\\_foerderverein@t-online.de](mailto:regionaler_foerderverein@t-online.de)  
Geschäftsführer: Danko Jur