Vorname Name/Firma

Straße Nr.

PLZ Ort

Krankenkasse

Straße Nr.

PLZ Ort

**Stundungsantrag der Sozialversicherungsbeiträge für den Beitragsmonat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund eines unabwendbaren Ereignisses bin ich an der fristgerechten Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge für den Monat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gehindert. Ich bitte um die Stundung der genannten Sozialversicherungsbeiträge (§ 76 Abs. 2 SGB IV) und wegen der speziellen Situation auch auf besondere Sicherheitsleistungen sowie die Festsetzung von Stundungszinsen zu verzichten.

Als Anlage der durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ verursachten Schäden füge ich folgende Unterlagen bei:

[ ] Bestätigung der Gemeinde

[ ] Fotos des Betriebsgebäudes, auf denen die Beschädigungen sichtbar sind

[ ] Eine nach den örtlichen Verhältnissen glaubhafte Erklärung

[ ] Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang des Stundungsantrags, sofern eine Genehmigung nicht kurzfristig erfolgen kann.

Sofern Sie wegen Zeitverzuges Säumniszuschläge und Mahngebühren festgesetzt haben, bitte ich Sie, mir diese ebenfalls zu erlassen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Unterschrift

Anlage/n