

An das
Landesgericht Leoben
als Arbeits- und Sozialgericht
Dr. Hanns Groß Straße 7
8700 Leoben

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

KLAGE **Sozialrechtssache**

Klagende Partei: **Vorname:** _____
 Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Wohnadresse: _____

 Telefonnummer: _____
 Versicherungsnummer: _____

Beklagte Partei: **O Pensionsversicherungsanstalt (PVA)**
 O VA der öffentl. Bed., Eisenbahnen und Bergbau
 (BVAEB)
 O 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 kurze, konkrete Angaben, soweit möglich):

Beweis: Parteieneinvernahme der klagenden Partei

(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.

....., am

Ort

Datum

.....

Unterschrift der klagenden Partei