

Ausschreibung: Schuldnerberatung gem. SGB II und SGB XII im Altmarkkreis Salzwedel zum 01.01.2026 für die Dauer von 4 Jahren

Bitte Stellen Sie sicher, dass Sie alle Pflichtangaben (*) vollständig ausfüllen. Sind Optionale Felder nicht ausgefüllt, so wird davon ausgegangen das diese nicht erfüllt/ vorhanden sind.

Rechtsform des Bieters:	
-------------------------	--

Standort	Salzwedel	Gardelegen	weiterer Standort	weiterer Standort	weiterer Standort
----------	-----------	------------	-------------------	-------------------	-------------------

Beratungsraum						
	Ort, Straße, Haus-Nr.*					
	Etage*					
	Größe in qm*					
	Kapazität, max. Personen*					
	Einzelbüro*	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein
	Telefon*	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein
	Fax*	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein
	E-Mail*	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein

Wartezimmer	Vorhanden: *	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein
	Ort, Straße, Haus-Nr.					
	Etage					
	Größe in qm					
	Kapazität, max. Personen					

Sprechzeiten

	bitte konkrete Zeiten eintragen*	Mo	Mo	Mo	Mo	Mo
		Di	Di	Di	Di	Di
		Mi	Mi	Mi	Mi	Mi
		Do	Do	Do	Do	Do
		Fr	Fr	Fr	Fr	Fr

Standort	Salzwedel	Gardelegen	weiterer Standort	weiterer Standort	weiterer Standort
Erreichbarkeit des Bratungsraumes (Luftlinie)					
	barrierefreier Zugang	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein	☐ ja/ ☐ nein
	mit öff. Verkehrsmittel Bus (ÖPNV) - Entfernung in m*				
	Name Haltestelle Bus (ÖPNV)*				
	mit öff. Verkehrsmittel Bahn (ÖPNV) - Entfernung in m*				
	Name Haltestelle Bahn (ÖPNV)*				

Vernetzung und Kooperation mit:

	Gerichtsvollziehern, Kreditinstituten, Rechtsanwälten und Rechtspflegern, zuständigen Amtsgerichten (InsO- Abteilung)
Beratungsstellen wie z. B. Arbeitslosen-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Suchtberatung usw.	
Beratungsstellen der Schuldnerberatung anderer Träger	

Name/ Ansprechpartner			
Ort, Straße, Haus-Nr.			
Telefon			
Fax			
E-Mail			

Name/ Ansprechpartner			
Ort, Straße, Haus-Nr.			
Telefon			
Fax			
E-Mail			

Name/ Ansprechpartner			
Ort, Straße, Haus-Nr.			
Telefon			
Fax			
E-Mail			

Sollten die hier angegebenen Felder nicht ausreichen, so ist dieses Blatt mehrfach einzureichen.

Es Besteht die Bereitschaft zur Mitwirkung und Kooperation im Rahmen der Erstellung des Sozialplanung gem. FamBeFöG.:

☐ ja/☐ nein

Erfahrung in der Schuldnerberatung

	Referenzstelle 1	Referenzstelle 2	Referenzstelle 3	Referenzstelle 4	Referenzstelle 5
Name/ Ansprechpartner					
Leistungszeitraum					
Ort, Straße, Haus-Nr.					
Telefon					
Fax					
E-Mail					

	Referenzstelle 6	Referenzstelle 7	Referenzstelle 8	Referenzstelle 9	Referenzstelle 10
Name/ Ansprechpartner					
Leistungszeitraum					
Ort, Straße, Haus-Nr.					
Telefon					
Fax					
E-Mail					

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben nicht die Referenzen aus dem 124, auf der Anlage zur 124 ersetzen.
Sollten die hier angegebenen Felder nicht ausreichen, so ist dieses Blatt mehrfach einzureichen.

Erfahrung in der Verbraucherinsolvenzberatung

	Zeitraum	
Zeitraum		
Verbraucherinsolvenzberatung		
als durch das Land Sachsen-		
Anhalt anerkannte Stelle im		
Verbraucherinsolvenzverfahren		
in den letzten 10 Jahren		