

Berufung

An das
Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht
Gottorfstraße 2
24837 Schleswig

Fax-Nr.: 04621 – 86 1025

Berufungskläger*in:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	Telefon / Handy

ggf. weitere Berufungskläger*innen (z.B. Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft, Ehegatte, Kinder):

Name, Vorname	Geburtsdatum

Name, Vorname	Geburtsdatum

Name, Vorname	Geburtsdatum

Name, Vorname	Geburtsdatum

Berufungsbeklagte*r:

Bezeichnung des Berufungsbeklagten (z.B. Jobcenter, Deutsche Rentenversicherung Nord, AOK NordWest)
Anschrift
Aktenzeichen (siehe Bescheid)

Berufungsgegenstand:

Es geht um **das Urteil / den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts** vom _____ zum **Aktenzeichen S** _____. Gegen dieses Urteil / diesen Gerichtsbescheid möchte ich Berufung einlegen.

Ich beantrage (bitte Zutreffendes ankreuzen)

die Aufhebung / Änderung des genannten Urteils / Gerichtsbescheides

und die/den Berufungsbeklagte*n zu folgender Leistung zu verurteilen:

(Bitte geben Sie möglichst genau an, was Ziel Ihrer Berufung ist, z.B. welche Leistung Sie verlangen.)

Die Berufung begründe ich wie folgt:

(Bitte geben Sie an, warum das Urteil / der Gerichtsbescheid aufgehoben / abgeändert werden sollen. Warum haben Sie Ihrer Meinung nach Anspruch auf die Leistung?)

Zur Vermeidung von Wiederholungen beziehe ich mich vollinhaltlich auf meine bisherigen Schriftsätze.

Die Berufung erfolgt lediglich zur Fristwahrung. Eine Begründung reiche ich nach.

Der Berufung füge ich folgende Anlagen bei:

Ort und Datum	Unterschrift

Bitte beachten Sie:

Eine Berufung kann per Post, mündlich auf der Geschäftsstelle des Gerichts oder über den elektronischen Rechtsverkehr eingelegt werden. Auch eine Übersendung per Fax wahrt die Berufungsfrist. Die Übersendung einer Berufung per E-Mail ist nicht wirksam und wahrt auch nicht die Frist.