REGIONALER SOZIALDIENST

Meinisberg Orpund Safnern Scheuren

Hinweis: Mit dem Bezug von Sozialhilfeleistungen verpflichten Sie sich Anweisungen des Sozialdienstes zu befolgen, alle angeforderten Unterlagen einzureichen und alles Erdenkliche zu tun, um Ihre Notsituation zu beheben.

Anmeldedatum: .....

Antrag zum Bezug von Sozialhilfeleistungen

Personalien Antragsteller/in

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

AHV Nummer _____

Heimatort _____

Burgerrecht Ja ☐ Nein ☐

Telefon _____

e-mail-Adresse _____

Zivilstand _____

Adresse _____

Aufenthalt in Gemeinde seit _____

Bestehen behördliche Massnahmen (Beistandschaft, Beiratschaft, Vormundschaft)?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, wo? _____

Personalien Ehe- / Konkubinatspartner/in

Haben Sie eine/n Ehe/Konkubinatsparter/in Ja ☐ Nein ☐

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____ Heimatort _____

Wohnt er/sie im gleichen Haushalt? Ja ☐ Nein ☐

Bestehen behördliche Massnahmen (Beistandschaft, Beiratschaft, Vormundschaft)?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, wo? _____

Kinder

Haben Sie **minderjährige** Kinder? Ja ☐ Nein ☐

Name/Vorname Geburtsdatum

_____ _____

_____ _____

_____ _____

AHV-Nr Schule/Ausbildung Beruf

_____ _____ _____

Bestehen behördliche Massnahmen (Beistandschaft, Vormundschaft)?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, wo? _____

Haben Sie **volljährige** Kinder? Ja ☐ Nein ☐

Name/Vorname Geburtsdatum

_____ _____

_____ _____

_____ _____

AHV-Nr Adresse

_____ _____

Beruf

_____

Bestehen behördliche Massnahmen (Beistandschaft, Vormundschaft)?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, wo? _____

Notsituation

Welches sind die Gründe für Ihre Notsituation?

_____

_____

_____

Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Notsituation zu beheben?

_____

_____

_____

Ausbildung / Arbeit / Einkommen AntragstellerIn

Ausbildung _____

Erlernter Beruf _____

Sind Sie aktuell erwerbstätig? Ja ☐ Nein ☐

Aktueller Arbeitgeber*nur bei Ja ausfüllen _____

Letzter Arbeitgeber _____

Ich bin zu einem Pensum von _____ % angestellt

Mein Lohn beträgt CHF_____ pro Stunde CHF_____ pro Monat (netto)

Bei Arbeitslosigkeit*nur wenn nicht Erwerbstätig

Letzer Arbeitgeber _____

Angestellt bis _____ letzter Lohn erhalten am _____

Leistungen der Arbeitslosenkasse Ja ☐ Nein ☐ CHF _____/ Monat

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? Ja ☐ Nein ☐

Arbeit / Einkommen Ehe- / Konkubinatspartner/in

Ausbildung _____

Erlernter Beruf _____

Aktuell erwerbstätig? Ja ☐ Nein ☐

Aktueller Arbeitgeber*nur bei Ja ausfüllen _____

Letzter Arbeitgeber _____

Zu einem Pensum von _____ % angestellt

Der Lohn beträgt CHF _____ pro Stunde CHF_____ pro Monat (netto)

Bei Arbeitslosigkeit*nur wenn nicht Erwerbstätig

Letzter Arbeitgeber _____

Angestellt bis _____ letzter Lohn erhalten am _____

Leistungen der Arbeitslosenkasse? Ja ☐ Nein ☐ CHF _____/ Monat

Krankgeschrieben? Ja ☐ Nein ☐

Leistung Dritter Antragsteller/in

Gesuche um finanzielle Leistungen sind angemeldet bei

Arbeitslosenversicherung	Ja ☐ Nein ☐	*Falls Ja, Name und Adresse der Arbeitslosenversicherung angeben:
		_____
Invalidenversicherung	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____
Unfallversicherung	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____
Krankenversicherung	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____
Andere (z.B. Stipendien, Fonds, Pensionkasse)	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____

*Nur ausfüllen, wenn Leistungen an Dritte ausgerichtet werden

Meine Rente (IV, AHV, HE, EL, SUVA, PK, andere*) beträgt	CHF_____/Monat
Mein Taggeld (Krankenkasse, IV, andere*) beträgt	CHF_____/Monat
Sonstiges Einkommen	CHF_____/Monat

Leistungen Dritter Ehe- / Konkubinatspartner/in

Gesuche um finanzielle Leistungen sind angemeldet bei:

Arbeitslosenversicherung	Ja ☐ Nein ☐	*Falls Ja, Name und Adresse der Arbeitslosenversicherung angeben:
		_____
Invalidenversicherung	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____
Unfallversicherung	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____
Krankenversicherung	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____
Andere (z.B. Sitpendien, Fonds, Pensionkasse)	Ja ☐ Nein ☐	Gesuch hängig seit _____

*Nur ausfüllen, wenn Leistungen an Dritte ausgerichtet werden

Meine Rente (IV, AHV, HE, EL, SUVA, PK, andere*) beträgt	CHF_____/Monat
Mein Taggeld (Krankenkasse, IV, andere*) beträgt	CHF_____/Monat
Sonstiges Einkommen	CHF_____/Monat

Schulden / Vermögen

Bestehen offene Schulden? Ja ☐ Nein ☐

Es besteht eine Lohnpfändung? Ja ☐ Nein ☐

Gläubiger | Betrag | Monatliche Rate

_____

_____

_____

_____

Ich und meine Angehörigen verfügen über folgende Vermögenswerte *bitte sämtliche Vermögenswerte angeben

Bank- und Postkonten

Bank / Institut _____

IBAN _____

Aktueller Saldo _____

Bank- und Postkonten

Bank / Institut _____

IBAN _____

Aktueller Saldo _____

Weitere Konten vorhanden? Ja ☐ Nein ☐

Sperrkonto Pensionskasse / 3. Säule

(PK/Versicherung/Policen-Nr.) _____

Auto Ja ☐ Nein ☐ Marke/Jahrgang _____

Aktueller km-Stand _____

Falls Ja, ist zwingend eine Kopie des Fahrzeugausweises beizulegen

Liegenschaften (CH und Ausland) Ja ☐ Nein ☐ Amtlicher Wert CHF_____

Wertpapiere (Aktien, Obligationen, etc.) Ja ☐ Nein ☐ Total Wert CHF_____

Steuern

Haben Sie die aktuelle Steuererklärung eingereicht? Ja ☐ Nein ☐

Alimente

Sind Sie oder Ihr/e Partner/in **verpflichtet** Kinder- und/oder Frauenalimente **zu bezahlen**?

Ja ☐ Nein ☐ *Falls Ja an:

Name/Vorname _____ CHF_____ Rückstand _____

Name/Vorname _____ CHF_____ Rückstand _____

Name/Vorname _____ CHF_____ Rückstand _____

Besteht ein Alimenteninkasso Ja ☐ Nein ☐ *Wenn Ja, welche Gemeinde _____

Scheidungs/Trennungsurteil: Dokument vom _____

Ich oder mein/e Partner/in **erhalten** Kinder- und/oder Frauenalimente für

Name/Vorname _____ CHF_____ Guthaben _____

Name/Vorname _____ CHF_____ Guthaben _____

Name/Vorname _____ CHF_____ Guthaben _____

Besteht ein Alimenteninkasso Ja ☐ Nein ☐ *Wenn Ja, welche Gemeinde _____

Wohnen

Vermieter/in _____

_____

Anzahl Zimmer _____

Der Mietzins beträgt CHF_____/Monat

Nebenkosten CHF_____/Monat

Mit mir leben folgende Personen im gleichen Haushalt:

Name/Vorname	Verwandtschaftsgrad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Untervermietung Ja ☐ Nein ☐

Versicherungen

Ich und meine Mitbewohnende sind versichert bei:

Krankenkasse	Versicherten-Nr.			
_____	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
_____	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
_____	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
_____	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
Andere Versicherungen:				
Privathaftpflicht	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
Hausrat	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
_____	_____	Prämie	CHF_____	/Monat
_____	_____	Prämie	CHF_____	/Monat

Angaben zur Überprüfung der Verwandtenunterstützung:

Name/Vorname, Geburtsdatum und Adresse

Mutter Antragsteller/in _____

Name/Vorname, Geburtsdatum und Adresse

Vater Antragsteller/in _____

Ist bei Ihren Eltern Eigentum vorhanden oder ein Erbe an Sie zu erwarten? Ja ☐ Nein ☐

Sind diese über Ihre Verhältnisse orientiert? Ja ☐ Nein ☐

Name/Vorname, Geburtsdatum und Adresse

Mutter Ehe/Konkubinatspartner/in _____

Name/Vorname, Geburtsdatum und Adresse

Vater Ehe/Konkubinatspartner/in _____

Ist bei den Eltern des/der Ehe/Konkubinatspartner/in Eigentum vorhanden oder ein Erbe zu erwarten? Ja ☐ Nein ☐

Sind diese über die Verhältnisse orientiert? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie früher schon Sozialhilfeleistungen bezogen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, von welchem Sozialdienst? *Vollständige Adresse aller Sozialdienste inkl. Angaben in welchem Zeitraum (von wann bis wann):

_____

_____

_____

_____

Andere Kontakte

Hausarzt:_____

_____

Beratungsstellen: (z.B. Pro Infirmis, Erziehungsberatung, Psychologe, Psychiater, Pro Senectute, Frauenhaus, Spitex, etc.):

_____

_____

_____

_____

Notfall Kontakte:

_____

_____

_____

_____

ERKLÄRUNG

1. Hiermit bestätige ich, dass die vorstehend gemachten Angaben **vollständig sind** und der Wahrheit entsprechen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Inanspruchnahme öffentlicher Unterstützungen unter unwahren oder unvollständigen Angaben als Betrug verfolgt wird und die geleisteten Sozialhilfeleistungen sofort rückerstattet werden müssen.

2. Jede Änderung der angegebenen Einkommens- Vermögens- und Familienverhältnisse (Personenstand) habe ich unverzüglich und unaufgefordert dem Regionalen Sozialdienst zu melden, so z.B. auch den Bezug von Renten irgendwelcher Art, Versicherungsleistungen, Krankengeldern oder Unterstützungen von dritter Seite.

3. Ich anerkenne, dass die Sozialhilfeleistungen rückerstattet werden müssen, wenn ich in günstige Verhältnisse gelangt bin und mir Rückerstattungen ohne ernstliche Beeinträchtigung meines Lebensunterhaltes möglich sind (insbesondere auch bei Schenkung, Erbschaft, Lotteriegewinn und bei momentan nicht realiserbaren Vermögenswerten). Ich melde mich beim Regionalen Sozialdienst, sobald ich mit der Rückzahlung beginnen kann.

4. Ich anerkenne, dass die Sozialhilfeleistungen in Form von Vorschüssen ausgerichtet werden, wenn Renten- oder Taggeldzahlungen aus dem Privat- und Sozialversicherungsbereich in Aussicht stehen und dass diese Vorschüsse mit den Nachzahlungen verrechnet werden

5. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Verwandten (Kinder/Eltern) grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind (Art. 328/329 ZGB). Werden Sozialhilfeleistungen bezogen, prüft der Regionale Sozialdienst unter Berücksichtigung der Umstände mit den Hilfsfähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung. Vorgängig werden die notwendigen Auskünfte bei der Steuerverwaltung eingeholt. Der Regionale Sozialdienst ist verpflichtet, mich vor dem Einfordern von Verwandtenbeiträgen zu informieren.

6. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei grobem Verschulden der Bedürftigkeit, unrechtmässigem Bezug von Sozialhilfeleistungen (inkl. Verzicht auf Einkommen), unkooperativem Verhalten, Verletzung der Mitwirkungspflicht und Nichteinhalten von Abmachungen und Weisungen, die Sozialhilfeleistungen gekürzt werden können.

7. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich an die Leitung des Regionalen Sozialdienstes wenden kann, wenn ich mit Entscheiden oder der Arbeitsweise von SozialarbeiterInnen nicht einverstanden bin. Diese informiert mich auch über weitere Beschwerdemöglichkeiten.

8. Ich melde dem Regionalen Sozialdienst Ortsabwesenheiten, die länger als 14 Tage dauern.

Hinweis: Das Gesuch wird erst bearbeitet werden, wenn **ALLE** Unterlagen vorliegend sind.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

*Unterschrift Klient/in

Unterschrift Ehepartner: _____

*Bei verheirateten beide Ehepartner

Notwendige/fehlende Unterlagen:

Persönliche Dokumente:

☐ ID/Pass/Ausländerausweis (von allen Familienmitgliedern)

☐ Scheidungsurteil/Trennungskonvention/Unterhaltsvertrag

☐ Kopie Fahrzeugausweises

Gesundheit/Krankenkasse

☐ Krankenkassenpolice vom laufenden Jahr (von allen Familienmitgliedern)

☐ Arztzeugnis

☐ IV/SUVA-Anmeldung und allfällige Unterlagen

Wohnung

☐ Mietvertrag / Untermietvertrag **mit Einzahlungsschein**

☐ allfällige Nachträge zum Mietvertrag

Einnahmen

☐ Lohnabrechnungen/Taggeldabrechnungen der ALV/IV Unfallversicherung der letzten 3 Monate

☐ IV/AHV/SUVA Rentenverfügung / Entscheid Unfallversicherung

☐ Arbeitsvertrag / allenfalls Kündigung

Andere Dokumente

☐ Kontoauszüge sämtlicher Konti (von allen Familienmitgliedern) der letzten 3 Monate

☐ Police Hausratversicherung

☐ Anmeldung Arbeitslosenkasse

☐ letzte Verfügung Steuerverwaltung/Kopie der letzten Steuererklärung

☐ Bewerbungsdossier

Bitte wenden Sie sich bei Fragen oder Unklarheiten an:

Gottstattstrasse 12
2552 Oprund
Tel: 032 356 03 14
reg.sozialdienst@orpund.ch

REGIONALER SOZIALDIENST
Meinisberg | Orpund | Safnern | Scheuren

Öffnungszeiten:

Montag	08:00 – 11:30 Uhr	14:00 – 17:00 Uhr
Dienstag nur telefonisch von		14:00 – 16:00 Uhr
Mittwoch	08:00 – 11:30 Uhr	14:00 – 17:00 Uhr
Donnerstag		14:00 – 17:00 Uhr
Freitag	08:00 – 11:30 Uhr	