



## Unterstützungsgesuch

(Bitte lückenlos ausfüllen)

### Antrag um:

Finanzielle Unterstützung

Beratung

### Grund der Anmeldung:

Ungenügendes Einkommen

Arbeitslosigkeit

ausstehende Versicherungsleistungen ALV/IV etc.

Scheidung/Trennung

Sozialhilfeunterstützung durch vorherigen Wohnort

anderer Grund .....

## Personalien

<b>Antragsteller/Antragstellerin</b>	<b>Partner/Partnerin (Ehe- oder Konkubinatspartner/in)</b>
Name und Vorname	Name und Vorname
Adresse	Adresse
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Telefonnummer / Handynummer	Telefonnummer / Handynummer
E-Mail	E-Mail
AHV-Nummer	AHV-Nummer
Heimatort und Kanton	Heimatort und Kanton
Nationalität	Nationalität
Wenn nicht CH, Bewilligung <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Andere .....	Wenn nicht CH, Bewilligung <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Andere .....
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Seit:	Seit:



Haben Sie einen Beistand/eine Beiständin?  Ja  Nein

Wenn Ja:	Zuständige KESB:
	Gesetzliche Grundlage / Art.:
	Name und Adresse:

**Kinder**

Name/Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Heimatort

**Kindsvater/-mutter, nicht im gleichen Haushalt lebend / Unterhaltspflichtige Personen**

Name/Vorname	Geburtsdatum	Adresse

**Sonstige im Haushalt lebende Personen (z.B. WohnpartnerIn, UntermieterIn)**

Name/Vorname	Geburtsdatum

**Eltern des Antragstellers / der Antragstellerin**

Name/Vorname	Geburtsdatum	Adresse

**Eltern des Ehepartners / der Ehepartnerin**

Name/Vorname	Geburtsdatum	Adresse



### Wohnsituation

#### Eigener Haushalt:

- Miete  
 Untermiete  
 Wohneigentum

#### Andere Unterkunft:

- Pension/Hotel  
 Heim / begleitetes Wohnen  
 Eltern

- Verwandte / Bekannte  
 ohne feste Unterkunft

### Arbeitssituation

Sind Sie oder jemand in der Familie angestellt?  Ja /  Nein

Wenn ja, Name/Vorname:

Stellenprozent

Wenn ja, Name/Vorname:	Stellenprozent

Sind Sie oder jemand in der Familie selbständig erwerbend?  Ja /  Nein

Haben Sie in den letzten 5 Jahren Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen?

Ja /  Nein

Wenn Ja:	Von wann bis wann:
	Bei welcher Arbeitslosenkasse:
	Wann haben Sie das letzte Mal gearbeitet:
	Name und Adresse des letzten Arbeitgebers:

### Aktuelle Einnahmen

#### Einkommen

#### Antragsteller/in

#### Partner/in

Einkommen aus beruflicher Tätigkeit	Fr.	Fr.
Arbeitslosentaggelder	Fr.	Fr.
Kranken-Unfalltaggelder	Fr.	Fr.
Invalidenrente/Unfallrente	Fr.	Fr.
AHV	Fr.	Fr.



# EINWOHNERGEMEINDE BUBENDORF

## SOZIALBERATUNG

Einkommen	Antragsteller/in	Partner/in
Waisen-/Halbwaisenrente	Fr.	Fr.
Ergänzungsleistungen	Fr.	Fr.
Mietzinsbeiträge	Fr.	Fr.
Alimente/Unterhaltsbeiträge	Fr.	Fr.
Stipendien	Fr.	Fr.
Sonstiges Einkommen	Fr.	Fr.

### Einkommen der im Haushalt lebenden Kinder

Name/Vorname:	Fr.
Name/Vorname:	Fr.
Name/Vorname:	Fr.

### Vermögenssituation

Bargeld <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Fr.	
PC/Bank Konto-Nr.:	Fr.	Name des Kontoinhabers:
PC/Bank Konto-Nr.:	Fr.	Name des Kontoinhabers:
PC/Bank Konto-Nr.:	Fr.	Name des Kontoinhabers:
PC/Bank Konto-Nr.:	Fr.	Name des Kontoinhabers:
PC/Bank Konto-Nr.:	Fr.	Name des Kontoinhabers:
Guthaben Pensionskasse, 2. Säule	Fr.	

	Antragsteller/in	PartnerIn	Kinder
Offene Lohnforderungen	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Wertschriften	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Anteile an unterteilter Erbschaft	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Geschäftsanteile (AG, GmbH, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Lebens- und Risikoversicherung	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Gebundene Vorsorge (Freizügigkeitskonto, Sparen 3 etc.)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein



# EINWOHNERGEMEINDE BUBENDORF

## SOZIALBERATUNG

	Antragsteller/in	Partner/in	Kinder
Haus, Stockwerkeigentum, Grundstück (In- und Ausland) Wenn Ja: Ort: ..... Beschreibung: .....	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Motorfahrzeug (Auto, Motorrad) Wenn ja: Typ: ..... 1. Inverkehrsetzung: .....	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

### Schulden

Mietzinsausstände	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in der Höhe von Fr.
Krankenkassenausstände	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in der Höhe von Fr.
Sonstige Schulden	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in der Höhe von Fr.
Lohnpfändungen	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, in der Höhe von Fr.

### Haben Sie früher schon einmal Sozialhilfe bezogen? Wenn ja, wie viele Monate? Wo?

Ja /  Nein      Anzahl Monate: .....      Ort: .....

### Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich bestätige ausserdem, dass ich über folgenden Sachverhalt informiert bin:

- Sozialhilfe erfolgt nur, wenn sämtliche andere Hilfsquellen ausgeschöpft sind oder versagen. Insbesondere ist die hilfeschuchende Person verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen, um eine Notlage abzuwenden, zu lindern oder zu beheben und die Dauer der Unterstützung so kurz wie möglich zu halten. Während der Sozialhilfeunterstützung müssen sämtliche Veränderungen der finanziellen und persönlichen Verhältnisse sofort gemeldet werden.
- Die Sozialhilfe berücksichtigt die Verwandtenunterstützungspflicht gemäss Art. 328/ 329 des Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB).
- Für den Fall der Nichtbefolgung von Verfügungen der Sozialhilfebehörde kann eine strafrechtliche Anzeige gemäss Art. 292 (Ungehorsam gegen amtliche Verfügungen) des Schweizerischen Strafgesetzbuchs (StGB) erfolgen und wird mit Busse bestraft.
- Bei mangelnder Kooperation und ungenügenden Integrationsbemühungen wird die Sozialhilfe herabgesetzt oder eingestellt.
- Bei Verschweigen der tatsächlichen Verhältnisse wird die Inanspruchnahme von Sozialhilfe als Betrug strafrechtlich verfolgt und der unrechtmässige Bezug von Sozialhilfe mit einem Freiheitsentzug bis zu einem Jahr oder einer Geldbusse bestraft wird, auch wenn keine Arglist zugrunde liegt (Art. 148a StGB).
- Für die ausländischen Staatsangehörigen ist besonders wichtig, dass die Strafbehörde bei einer Verurteilung – ausser in leichten Fällen – grundsätzlich immer auch eine Landesverweisung anordnen muss (Art. 66a Abs. 1 Buchst. e StGB). Zudem muss jeder unrechtmässige Bezug zwingend zur Anzeige gebracht werden, da es sich um ein Officialdelikt handelt.

Ort:

Datum:

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Unterschrift des Partners/der Partnerin

.....

.....