

Gesuch um Sozialhilfeleistungen

Name/Vorname: _____

Datum Aushändigung Gesuch: _____ Bearbeitet durch: _____

Eingangsdatum Gesuch: _____ (von der Gemeinde auszufüllen)

Ihr Sozialhilfegesuch kann erst dann behandelt werden, wenn das Formular vollständig lesbar ausgefüllt und unterzeichnet ist und die erforderlichen Dokumente und Unterlagen (siehe „Unterlagenliste zum Gesuch um Sozialhilfe“) vorliegen. Unvollständige Unterlagen können zur Verzögerung bzw. zur Nichtbearbeitung des Gesuchs führen.

Bei Fragen stehen Ihnen die Fachpersonen der Gemeinde Freienbach gerne zur Verfügung. Falls Sie beim Ausfüllen des Formulars Unterstützung brauchen, können Sie einen Termin vereinbaren.

PERSONALIEN

	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
AHV-Nr.		
Adresse		
PLZ/Ort		
Tel.-Nr.		
E-Mail-Adresse		
Heimatort/Nationalität		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere
Zuzug von Gemeinde/wann		
Einreise in die Schweiz am/ von Land		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> Konkubinat seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> Konkubinat seit
Ex-PartnerIn/Geburtsdatum Adresse		

HAUSHALTZUSAMMENSETZUNG

Im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder und/oder andere Personen.

Bezug zur Person	Name	Vorname	Geburtsdatum	Heimatort/ Nationalität

Minderjährige Kinder, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

Name	Vorname	Adresse	Geburtsdatum

Kindsvater/-mutter, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

Name	Vorname	Adresse	Geburtsdatum

MASSNAHMEN KINDES- UND ERWACHSENENSCHUTZ

	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Beistand		
Adresse Beistand		
	Kinder im Haushalt	Andere Personen im Haushalt
Beistandschaft/ Vormundschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Beistand/Vormund		
Adresse Beistand/ Vormund		

WOHNSITUATION

Eigener Haushalt	Andere Unterkunft	
<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Heim/Begleitetes Wohnen	<input type="checkbox"/> Gratisunterkunft
<input type="checkbox"/> Untermiete	<input type="checkbox"/> Pension/Hotel	<input type="checkbox"/> ohne feste Unterkunft
<input type="checkbox"/> Wohneigentum	<input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte	

Wohnungsgrösse/Anzahl Zimmer (gemäss Mietvertrag)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 1 ½	<input type="checkbox"/> 2 ½	<input type="checkbox"/> 3 ½	<input type="checkbox"/> 4 ½	<input type="checkbox"/> 5 ½	<input type="checkbox"/> 6 ½

Mietzins Wohnung inkl. Nebenkosten	Fr.	/Monat
Mietzins Garagen-/Abstellplatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fr. /Monat

Hausrat-/Haftpflichtversicherung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Versicherung	
Jahresprämie	Fr.

KRANKENKASSE

	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Name Krankenkasse		
Versicherungsnummer		
Prämie KVG	Fr.	Fr.
Prämie VVG	Fr.	Fr.
Prämienverbilligung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.

	Kind	Kind	Kind
Name Krankenkasse			
Versicherungsnummer			
Prämie KVG	Fr.	Fr.	Fr.
Prämie VVG	Fr.	Fr.	Fr.
Prämienverbilligung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.

ARBEITSSITUATION

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und/oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

Geben Sie an, ob Sie oder jemand in der Familie...	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetr. PartnerIn	Kind im Haushalt	Kind im Haushalt	Kind im Haushalt
a) angestellt ist wenn ja, Stellenprozent angeben	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %
b) einer oder mehreren Teilzeitstellen nachgeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) selbständig erwerbend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) in der Lehre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) in Ausbildung ist (ohne Lehrlinge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) nicht erwerbstätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn erwerbstätig:	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Jetziger Arbeitgeber		
Adresse		
Tel.-Nr.		
seit		
Erwerbsauslagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fr.

Wenn nicht erwerbstätig	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Letzter Arbeitgeber		
Adresse		
Tel.-Nr.		
von / bis		
Kündigung durch	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer

Wenn arbeitsunfähig	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Grund	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Umfang	%	%
seit		
Behandelnder Arzt		

Haben Sie Kontakt zu anderen Beratungsstellen/Institutionen? (z.B: IV-Stelle, Triaplus, Pro Infirmis, Hausarzt, Facharzt, Spital, Berufsberatung, andere Fachstellen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Institution(en) angeben		

AKTUELLE EINNAHMEN (auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und/oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)
--

	GesuchstellerIn		Ehe-/KonkubinatspartnerIn / Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Lohnzahlungen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Lohnzahlungen aus selbständiger Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Taggelder (Arbeitslosenkasse, IV, Krankenkasse, usw.)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Renten (AHV, IV, SUVA, Witwen-, Waisenrente, usw.) Falls IV-Rente: Invaliditätsgrad	<input type="checkbox"/> Fr. %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr. %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr. %	<input type="checkbox"/>
Pensionskassenrente	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Hilflosenentschädigung Grad der Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/> Fr. %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr. %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr. %	<input type="checkbox"/>
Unterhaltsbeiträge (Alimente)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Familien- und Kinderzulagen	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Lehrlingslohn / Praktikumslohn	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Stipendien	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Mietzinseinnahmen	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Andere Einnahmen (Welche?)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>

VERMÖGENSSITUATION

GesuchstellerIn, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, im Haushalt lebende Kinder

PC/Bank	IBAN-Nr.	Name KontoinhaberIn/Kontoinhaber	aktueller Saldo: Fr.
PC/Bank	IBAN-Nr.	Name KontoinhaberIn/Kontoinhaber	aktueller Saldo: Fr.
PC/Bank	IBAN-Nr.	Name KontoinhaberIn/Kontoinhaber	aktueller Saldo: Fr.
PC/Bank	IBAN-Nr.	Name KontoinhaberIn/Kontoinhaber	aktueller Saldo: Fr.
PC/Bank	IBAN-Nr.	Name KontoinhaberIn/Kontoinhaber	aktueller Saldo: Fr.
PC/Bank	IBAN-Nr.	Name KontoinhaberIn/Kontoinhaber	aktueller Saldo: Fr.

VERMÖGENSSITUATION

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und/oder der KonkubinatspartnerIn/des Konkubinatspartners)

	GesuchstellerIn		Ehe-/KonkubinatspartnerIn/Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bargeld	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Ansprüche (offene Lohnforderungen, güterrechtliche Ansprüche, usw.)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Wertschriften	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Darlehen an Drittpersonen	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Anteile an unverteilter Erbschaft	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsanteile (AG, GmbH, usw.)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Freizügigkeitskonto / Pensionskassenguthaben	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Lebens- und/oder Risikoversicherung	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Säule 3a-Guthaben	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, Kinder in den letzten 12 Monaten Zuwendungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, Kinder in den letzten 12 Monaten Vermögen verschenkt?	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>

Besitzen Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, Kinder ein Haus/Stockwerkeigentum/Grundstücke im In- und/oder Ausland?	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, Kinder ein Motorfahrzeug? Wenn ja, als Leasing? Leasingrate pro Monat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere (Welche?)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>

GESTELLTE ANTRÄGE AUF DRITTLEISTUNGEN

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und/oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

	GesuchstellerIn		Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Arbeitslosentaggeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankentaggeld/IV-Taggeld/Unfalltaggeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionskassen-Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallversicherungsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AHV-Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Witwenrente/Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltsbeiträge (Alimente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder-/Ausbildungszulagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stipendien/Ausbildungsbeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiftungen/Fonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietzinsbeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHULDEN/VERPFLICHTUNGEN

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und/oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

	GesuchstellerIn		Ehe-/KonkubinatspartnerIn/Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Unterhalts- und Alimentenverpflichtungen (monatlich)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Lohnpfändungen (monatlich)	<input type="checkbox"/> Fr. #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Mietzinsausstände	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Krankenkassenprämienausstände	<input type="checkbox"/> Fr. #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Darlehen-, Kredit- und Leasingverträge (monatlich)	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Hypothekarschulden	<input type="checkbox"/> Fr. #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Private Schulden	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Andere Schulden (welche?)	<input type="checkbox"/> Fr. #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, Kinder Betreibungen?	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn/eingetr. PartnerIn, Kinder regelmässige grössere Auslagen (Unterhalt Auto, usw.)?	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/>

FRÜHERE SOZIALHILFE-UNTERSTÜTZUNG

	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Frühere Sozialhilfe-Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gemeinde		
von / bis		

VERWANDTENUNTERSTÜTZUNG

Verwandte in auf- und absteigender Linie (Kindern, Eltern, Grosseltern) sind grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet (Art. 328/329 ZGB). Die Sozialbehörde prüft unter Berücksichtigung der Umstände mit den hilfsfähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung (Kanton SZ; § 26 ShG i.V. m. § 13 ShV). Aus diesem Grund werden die nachfolgenden Angaben benötigt.

Erhalten Sie von Verwandten einmalige, regelmässige oder unregelmässige Geldleistungen oder übernehmen diese Zahlungen wie beispielsweise die Krankenkassenprämie, Mietzinse etc. für Sie?

ja nein

Falls ja: Führen Sie bitte detailliert auf, welche Unterstützung Sie von Ihren Verwandten erhalten.

ACHTUNG: bei verstorbenen Personen Todesdatum sowie letzte Wohnadresse aufführen.

Volljährige Kinder, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Eltern der/des GesuchstellerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Eltern der/des EhepartnerIn/eingetragene/r PartnerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Grosseltern der/des GesuchstellerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Grosseltern der/des EhepartnerIn/eingetragene/r PartnerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

MELDEPFLICHT/RÜCKERSTATTUNG/VERWANDTENUNTERSTÜTZUNG

Der/die Unterzeichnende hat davon Kenntnis, dass er/sie verpflichtet ist, dieses Formular vollständig auszufüllen und insbesondere über seine Familien-, Erwerbs-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse vollumfänglich und wahrheitsgetreu Auskunft zu geben. Insbesondere muss er/sie Einsicht in Unterlagen, Arbeits- und Mietverträge, Lohn- und Taggeldabrechnungen, Rentenbescheinigungen, Bank- und Postfinance-Konti, Gerichtsurteile usw. geben.

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Fürsorgebehörde sofort und schriftlich zu melden sind (Einkommen, Vermögen, Familienverhältnisse, usw.). Dies umfasst auch den Bezug von Renten jeder Art, Versicherungsleistungen, Kranken- und Unfalltaggeldern, usw. sowie Schenkungen, Lotteriegewinnen, Erbschaften und Unterstützung von Dritten.

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich, die erhaltenen Fürsorgeleistungen zurückzuerstatten, sofern er/sie z.B. durch Erbschaft, Lottogewinn oder andere Umstände in finanziell günstige Verhältnisse gelangt, oder sobald er/sie über momentan nicht realisierbare Vermögenswerte verfügen kann. Hilfsempfänger, die durch eigenen Arbeitserwerb in finanziell günstige Verhältnisse gelangen, sind in der Regel nicht rückerstattungspflichtig.

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass Verwandte in auf und absteigender Linie (Kinder, Eltern, Enkel, Grosseltern) in günstigen Verhältnissen zur Unterstützung verpflichtet sind (Art.328/329 ZGB). Wird öffentliche Unterstützung bezogen, kann die Fürsorgebehörde unter Berücksichtigung der Umstände mit den hilfsfähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung prüfen und geltend machen.

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich, alles zu unternehmen, um die Notlage zu lindern und wieder die finanzielle Selbstständigkeit zu erlangen und insbesondere eine zumutbare Arbeit zu suchen und anzunehmen.

VOLLSTÄNDIGKEIT DER ANGABEN

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind, und dass er/sie über kein anderes Einkommen und Vermögen verfügt. Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass sich strafbar macht, wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder Verschweigen von Tatsachen für sich oder andere unrechtmässig Fürsorgeleistungen bezieht oder zu beziehen versucht (Art. 148a StGB), und dass zu Unrecht bezogene Fürsorgeleistungen zurückzuerstatten sind. Ausländer/innen, die wegen unrechtmässigen Bezugs von Fürsorgeleistungen verurteilt werden, werden zudem gemäss Art. 66a Abs. 1 lit. e StGB obligatorisch für 5 – 15 Jahre zusätzlich mit der Landesverweisung bestraft.

	GesuchstellerIn	Ehe-/KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Ort/Datum		
Unterschrift		