

Unterstützungsantrag

Der Sozialdienst behandelt Ihren Antrag, sobald das Formular vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit den eingeforderten Dokumenten vorliegt.

Das Formular und die Unterlagen dienen zur Erhebung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Der Anspruch auf Sozialhilfe entsteht ab Einreichung des Gesuchs, sofern eine Bedürftigkeit nachgewiesen ist.

1. Personalien Antragsteller*in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____
Mobilnummer	_____	E-Mail	_____
Nationalität	_____	Ausweis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> gültig bis _____
Heimatort	_____		
Zuzugsdatum in Kanton Freiburg	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

Zivilstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____
<input type="checkbox"/> freiwillig getrennt seit _____	<input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt seit _____
<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____

Haben Sie bereits bei einem anderen Sozialdienst Sozialhilfe bezogen? Ja Nein

Wenn ja, wann, wie lange, bei welchem Sozialdienst:

2. Personalien Ehegatte-/in / Konkubinatspartner*in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____
Mobilnummer	_____	E-Mail	_____
Nationalität	_____	Ausweis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> gültig bis _____
Heimatort	_____		
Zuzugsdatum in Kanton Freiburg	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

Zivilstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____
<input type="checkbox"/> freiwillig getrennt seit _____	<input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt seit _____
<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____

Haben Sie bereits bei einem anderen Sozialdienst Sozialhilfe bezogen? Ja Nein

Wenn ja, wann, wie lange, bei welchem Sozialdienst:

3. Kinder in Ausbildung / minderjährige Kinder

Kind 1

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Heimatort _____ Nationalität _____
Geschlecht m w
Lebt das Kind im gleichen Haushalt Ja Nein

Kind 2

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Heimatort _____ Nationalität _____
Geschlecht m w
Lebt das Kind im gleichen Haushalt Ja Nein

Kind 3

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Heimatort _____ Nationalität _____
Geschlecht m w
Lebt das Kind im gleichen Haushalt Ja Nein

Bei weiteren Kindern bitte unter Bemerkungen ausfüllen

4. Andere Personen im gleichen Haushalt

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Ist die Person mit *dem/der Antragsteller*in verwandt Ja Nein
Art des Verwandtschaftsverhältnisses _____

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Ist die Person mit *dem/der Antragsteller*in verwandt Ja Nein
Art des Verwandtschaftsverhältnisses _____

5. Eltern *des/der Antragstellers/in

Antragsteller*in

	Vater	Mutter
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ Ort	_____	_____
Geb./Todesdatum	_____	_____

Partner*in

	Vater	Mutter
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ Ort	_____	_____
Geb./Todesdatum	_____	_____

6. Wichtige Bezugspersonen (anderer Elternteil des Kindes, Hausarzt, Beistand usw.)

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

7. Erwerbssituation

Antragsteller*in

Erlerner Beruf _____ Anstellung als _____
Arbeitgeber*in _____ Pensum _____ %
Adresse _____ PLZ Ort _____
Lohn pro Monat CHF _____ brutto Ja Nein
Befristete Anstellung Ja Nein wenn ja, bis _____

Arbeitslos seit _____ RAV-Anmeldung erfolgt Ja Nein
Name und Adresse Arbeitslosenkasse _____

Partner*in

Erlerner Beruf _____ Anstellung als _____
Arbeitgeber _____ Pensum _____ %
Adresse _____ PLZ Ort _____
Lohn pro Monat CHF _____ brutto Ja Nein
Befristete Anstellung Ja Nein wenn ja, bis _____

Arbeitslos seit _____ RAV-Anmeldung erfolgt Ja Nein
Name und Adresse Arbeitslosenkasse _____

Kind (nur nötig, wenn in Ausbildung und im gleichen Haushalt)

Erlerner Beruf _____ Anstellung als _____
Arbeitgeber _____ Pensum _____ %
Adresse _____ PLZ Ort _____
Lohn pro Monat CHF _____ brutto Ja Nein
Befristete Anstellung Ja Nein wenn ja, bis _____

Arbeitslos seit _____ RAV angemeldet Ja Nein
Name und Adresse Arbeitslosenkasse _____

8. Versicherungen

Antragsteller*in	Ja	Nein	Versicherungsgesellschaft
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hausrat- und Haftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Partner*in	Ja	Nein	Versicherungsgesellschaft
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Kind 1	Ja	Nein	Versicherungsgesellschaft
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Kind 2	Ja	Nein	Versicherungsgesellschaft
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Kind 3	Ja	Nein	Versicherungsgesellschaft
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9. Wohnverhältnis

Mieter Eigentümer andere (z.B. bei stationärem Aufenthalt) Untermieter

Name und Adresse Vermieter _____

Mietzins monatlich CHF _____ Nebenkosten CHF _____

Wohnungsgrösse _____ Gültig seit _____

Anzahl Bewohner*innen im Haushalt ____ Erwachsene ____ Kinder

10. Vermögen**Fahrzeuge**Ja Nein

Fahrzeugmarke _____ Kilometerstand _____ km Jahrgang _____

Fahrzeugmarke _____ Kilometerstand _____ km Jahrgang _____

Liegenschaften / Wohnungen (auch im Ausland)Ja Nein

Adresse _____ Wert _____

Informationen zu allen Bankkonti von allen Personen im Haushalt:

Kontoinhaber	Bank	IBAN-Nummer	Saldo per Ende des letzten Monats

11. SchuldenLäuft ein Betreibungsverfahren? Ja Nein Ist das Einkommen gepfändet? Ja Nein Haben Sie andere Schulden? Ja Nein welche? _____**12. sonstige Einkommen**

	Antragsteller*in		Partner*in	
Selbstständige Aktivität	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Arbeitslosenentschädigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krankentaggelder	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Taggelder IV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Taggelder Unfall / SUVA	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mutterschaftsentschädigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Familienzulagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Alimente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Renten IV/AHV/BVG	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stipendien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Einnahmen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sozialdienst Sense-Unterland

Bahnhofplatz 2

Postfach 289

3186 Düdingen

026 505 21 80

sozialdienst@sdunderland.ch

13. Gründe der Hilfsbedürftigkeit (Situationsbeschreibung)

14. Bemerkungen

14. Rechte und Pflichten

Auskunftspflicht

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Sozialhilfeleistungen zurückzuerstatten sind. Ich weiss, dass der Bezug von Sozialhilfeleistungen unter unvollständigen und unwahren Angaben über die persönlichen und finanziellen Verhältnisse als Betrug strafrechtlich verfolgt werden kann.

Meldepflicht

Ich verpflichte mich, dem Sozialdienst jegliche Änderung der persönlichen (z.B. Haushaltszusammensetzung, Wohnsitz, Zivilstand) und der finanziellen (z.B. Aufnahme Erwerbstätigkeit, Auszahlung Versicherungsleistungen, Unterstützungen durch Drittpersonen sowie **jegliche Einnahmen (TWINT, egal in welcher Höhe)**) Verhältnisse unverzüglich zu melden.

Minderung der Bedürftigkeit (zumutbare Selbsthilfe)

Ich bin verpflichtet, nach Kräften zur Verminderung und Behebung der Notlage beizutragen. Dies beinhaltet die Suche und Aufnahme einer zumutbaren Erwerbstätigkeit (nicht nur im angestammten Beruf), die Teilnahme an zumutbaren Massnahmen zur beruflichen und/oder sozialen Integration und die Geltendmachung von Rechtsansprüchen auf (Ersatz-)Einkommen (z.B. Lohn Guthaben, Alimente, Versicherungsleistungen).

Verwendung der Sozialhilfegelder

Ich verpflichte mich, die Sozialhilfeleistungen ihrem Zweck entsprechend zu verwenden (z.B. Bezahlung Miete, Krankenkassenprämien, Strom).

Rückerstattungspflicht

Ich gebe die Zustimmung, dass durch den Sozialdienst bevorschusste Leistungen mit rückwirkend eingehenden Zahlungen leistungspflichtiger Versicherungen (z.B. AHV, IV, EL, ALV-Taggelder) oder Dritter verrechnet werden. Es ist mir bewusst, dass die bezogenen Sozialhilfeleistungen rückerstattungspflichtig sind, sobald es die finanziellen Verhältnisse erlauben. Ich weiss, dass die Rückerstattungspflicht auch für Erben bis zum Betrag ihres Anteils an der Erbschaft gilt.

Verwandtenunterstützung

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Verwandten in auf- und absteigender Linie (z.B. Eltern, Kinder) grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind (Art. 328 und 329 ZGB) und der Sozialdienst unter Berücksichtigung der Umstände eine allfällige Beitragsleistung prüft und gegebenenfalls geltend macht.

Ferienabwesenheit

Sozialhilfeempfänger und deren Familienangehörige, die im selben Haushalt wohnen, müssen jede Abwesenheit vom Wohnort, die 5 Tage oder mehr dauert, beim Sozialdienst melden. Nach der 4. Woche wird die Sozialhilfe gekürzt bzw. kein Unterhalt mehr bezahlt.

Kürzung oder Einstellung der Sozialhilfeleistungen

Es ist mir bewusst, dass die Sozialhilfeleistungen gekürzt oder eingestellt werden können, wenn ich meinen Pflichten nicht nachkomme oder Auflagen des Sozialdienstes missachte.

Ich habe das Antragsformular durchgelesen und verstanden. Alle meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgetreu.

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller*in _____

Unterschrift Partner*in _____

Abzugebende Dokumente

Amtliche Dokumente

- ID / Ausweis / Aufenthaltsbewilligung von allen Personen
- Geburtsurkunden der Kinder
- Heiratsurkunde / Trennungs- Scheidungsurteil
- Unterhaltsvertrag (Alimente)
- Ernennungsurkunde Beistandschaft

Arbeit / Arbeitslosigkeit

- Arbeitsvertrag
- Abrechnungen zu sämtlichen Einnahmen der letzten drei Monate
(Lohnabrechnung oder Abrechnungen der Arbeitslosenkasse / IV / EL usw.)
- Kündigungsschreiben
- Lebenslauf
- Anmeldung RAV
- Verfügung bei Einstelltagen der Arbeitslosenversicherung

Vermögen / Schulden

- Kontoauszug der letzten 3 Monate sämtlicher Konti (auch der Kinder) mit Saldo-
Angabe
- Aktuelle Steuerveranlagung
- Fahrzeugausweis
- Belege andere Einnahmen

Wohnen

- Mietvertrag / Hypothekarzins

Versicherung / Gesundheit

- Police der Krankenkassen aller Mitglieder
- Verfügung der individuellen Prämienverbilligung der Krankenkasse
- Police Hausrat- und Haftpflichtversicherung
- Arztzeugnisse
- Verfügung der IV / EL / AHV / Stipendien / 3. Säule /
Kinderzulagen Police der anderen Versicherungen
- Rückkaufwert der Lebensversicherung per 31.12. des Vorjahres
- _____
- _____