

Demande d'aide matérielle

Le service social traitera votre demande dès que le formulaire dûment rempli et signé lui sera remis muni des documents requis.

Le formulaire et les documents annexés sont nécessaires pour établir vos données personnelles et votre situation économique. Sur cette base, le droit à l'aide sociale est accordé si le besoin est avéré. Nous vous rendons attentif que la langue officielle du district de la Singine est l'allemand.

1. Données personnelles

Nom _____ Prénom _____
Rue / no _____ NPA / Lieu _____
Date de naissance _____ No AVS _____
No téléphone _____ E-mail _____
Nationalité _____ Permis B C validité _____
Lieu d'origine _____ Sexe m f
Date d'arrivée dans le canton de Fribourg _____

Etat civil

célibataire marié depuis _____
 séparé(e) de fait depuis _____ séparé(e) judiciairement depuis _____
 divorcé(e) depuis _____ veuf (veuve) depuis _____

Avez-vous déjà bénéficié d'une aide sociale auprès d'un autre service social ? oui non
Si oui, quand, combien de temps et auprès de quel service social :

2. Données conjoint(e) / concubin(e)

Nom _____ Prénom _____
Rue / no _____ NPA / Lieu _____
Date de naissance _____ No AVS _____
No téléphone _____ E-mail _____
Nationalité _____ Permis B C validité _____
Lieu d'origine _____ Sexe m f
Date d'arrivée dans le canton de Fribourg _____

Etat civil

célibataire marié depuis _____
 séparé(e) de fait depuis _____ séparé(e) judiciairement depuis _____
 divorcé(e) depuis _____ veuf (veuve) depuis _____

Avez-vous déjà bénéficié d'une aide sociale auprès d'un autre service social ? oui non
Si oui, quand, combien de temps et auprès de quel service social :

3. Enfants mineurs / en formation

Enfant 1

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No AVS _____
Lieu d'origine _____ Nationalité _____
 garçon fille
L'enfant vit dans le même ménage oui non

Enfant 2

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No AVS _____
Lieu d'origine _____ Nationalité _____
 garçon fille
L'enfant vit dans le même ménage oui non

Enfant 3

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No AVS _____
Lieu d'origine _____ Nationalité _____
 garçon fille
L'enfant vit dans le même ménage oui non

Pour d'autres enfants remplir sous remarques

4. D'autres personnes faisant ménage commun

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No AVS _____
Y a-t-il un lien de parenté oui non
Lien de parenté _____

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No AVS _____
Y a-t-il un lien de parenté oui non
Lien de parenté _____

5. Parents du / de la requérant(e)

Requérant(e)

	père	mère
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
NPA Lieu	_____	_____
Date naissance/décès	_____	_____

Partenaire

	père	mère
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
NPA Lieu	_____	_____
Date naissance/décès	_____	_____

6. Personnes importantes (autre parent de l'enfant, médecin de famille, curateur etc.)

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA Lieu	_____
Fonction	_____	N° téléphone	_____

7. Situation professionnelle**Requérant(e)**

Formation / profession apprise : _____

Employé(e) en tant que _____

Employeur _____ Taux d'engagement _____%

Adresse _____ NPA Lieu _____

Salaire mensuel CHF _____ brut oui non Engagement limité oui non si oui, jusqu'au _____Chômage depuis _____ Annoncé à l'ORP oui non

Nom et adresse de la caisse de chômage _____

Partenaire

Formation / profession apprise : _____

Employé(e) en tant que _____

Employeur _____ Taux d'engagement _____%

Adresse _____ NPA Lieu _____

Salaire mensuel CHF _____ brut oui non Engagement limité oui non si oui, jusqu'au _____Chômage depuis _____ Annoncé à l'ORP oui non

Nom et adresse de la caisse de chômage _____

Enfant (seulement nécessaire si en formation et dans le même ménage)

Formation / profession apprise : _____

Employé(e) en tant que _____

Employeur _____ Taux d'engagement _____%

Adresse _____ NPA Lieu _____

Salaire mensuel CHF _____ brut oui non Engagement limité oui non si oui, jusqu'au _____Chômage depuis _____ Annoncé à l'ORP oui non

Nom et adresse de la caisse de chômage _____

8. Assurances

Requérant(e)	oui	nom	Compagnie
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance ménage et RC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Partenaire	oui	nom	Compagnie
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Enfant 1	oui	nom	Compagnie
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Enfant 2	oui	nom	Compagnie
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Enfant 3	oui	nom	Compagnie
Assurance maladie LAMal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance maladie LCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9. Logement

Locataire propriétaire autre (p.ex. en institution) sous-locataire

Nom et adresse du bailleur _____

Loyer mensuel CHF _____ charges par mois CHF _____

Bail valable depuis _____ nombre de pièces _____

Nombre d'habitant dans le ménage _____ adultes _____ enfants

10. Fortune**Véhicule(s)**oui non

Marque _____ kilométrage _____ année _____

Marque _____ kilométrage _____ année _____

Biens immobiliers / appartements, immeubles (aussi à l'étranger)oui non

Adresse _____ valeur _____

Informations sur tous les comptes bancaires de toutes les personnes du ménage :

Propriétaire du compte	Banque	N° IBAN	Solde à la fin du mois dernier

11. DettesY a-t-il des poursuites engagées contre vous ? oui non Y a-t-il une saisie de salaire ? oui non Avez-vous d'autres dettes ? oui non lesquelles ? _____**12. Autres revenus**

	Requérant(e)	Partenaire
Activité indépendante	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Assurance chômage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières maladie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières AI	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières SUVA/LAA	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Allocation maternité	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Allocations enfant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pensions alimentaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rentes AI / AVS / LPP	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Prestations complémentaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Bourses d'études	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
D'autres ressources	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Sozialdienst Sense-Unterland

Bahnhofplatz 2

Postfach 289

3186 Düdingen

026 505 21 80

sozialdienst@sdunderland.ch

13. Brève description de votre problème

14. Remarques

14. Droits et devoirs

Devoir d'informer

Je certifie que toutes les informations fournies sont complètes et conformes à la vérité. Je prends connaissance du fait que les prestations d'aide sociale indûment perçues doivent être remboursées. Je sais que l'obtention de prestations d'aide sociale sur la base d'informations incomplètes et fausses sur ma situation personnelle et financière peut être poursuivie pénalement pour fraude.

Obligation d'annoncer

Je m'engage à informer immédiatement le service social de tout changement dans ma situation personnelle (par ex. composition du ménage, domicile, état civil) et financière (par ex. début d'une activité lucrative, versement de prestations d'assurance, aides de tiers ainsi que tout revenu (TWINT, quel qu'en soit le montant).

Réduction de l'indigence (aide personnelle raisonnable)

Je suis tenu(e) de contribuer dans la mesure du possible à la réduction et à la suppression de l'indigence. Cela comprend la recherche et la prise d'une activité lucrative acceptable (pas seulement dans la profession habituelle), la participation à des mesures acceptables d'intégration professionnelle et/ou sociale et la revendication de droits à des revenus (de remplacement) (p. ex. avoirs salariaux, pensions alimentaires, prestations d'assurance).

Utilisation de l'argent de l'aide sociale

Je m'engage à utiliser les prestations d'aide sociale conformément à leur objectif (p. ex. paiement du loyer, des primes d'assurance maladie, de l'électricité).

Obligation de remboursement

Je donne mon accord pour que les prestations avancées par le service social soient compensées avec les paiements rétroactifs reçus d'assurances tenues de fournir des prestations (p. ex. AVS, AI, PC, indemnités journalières AC) ou de tiers. Je suis conscient(e) que les prestations d'aide sociale perçues doivent être remboursées dès que la situation financière le permet. Je sais que l'obligation de remboursement s'applique également aux héritiers jusqu'à concurrence de leur part d'héritage.

Contribution d'entretien de la parenté

Je prends connaissance du fait que les parents en ligne ascendante et descendante (p. ex. parents, enfants) sont en principe tenus de m'aider (art. 328 et 329 CC) et que le service social examine, compte tenu des circonstances, une éventuelle contribution et la fait valoir le cas échéant.

Absence pour vacances

Les bénéficiaires de l'aide sociale et les membres de leur famille vivant sous le même toit doivent signaler toute absence de 5 jours ou plus. Toute absence du domicile d'une durée de 5 jours ou plus doit être signalée au service social. Après la 4e semaine, l'aide sociale est réduite ou la pension alimentaire n'est plus versée.

Réduction ou suppression des prestations d'aide sociale

Je suis conscient(e) que les prestations d'aide sociale peuvent être réduites ou supprimées si je ne remplis pas mes obligations ou si je ne respecte pas les conditions du service social.

J'ai lu et compris le formulaire de demande. Toutes les informations que j'ai fournies sont complètes et véridiques. Je prends note que la langue officielle du district de la Singine est l'allemand et que toute la correspondance se fait en allemand.

Lieu, Date _____

Signature Requérent(e) _____

Signature Partenaire _____

Documents à fournir

Documents officiels

- Carte d'identité - passeport / Permis de séjour de toutes les personnes
- Actes de naissance des enfants
- Acte de mariage / convention de séparation – jugement de divorce
- Convention d'entretien (pensions alimentaires)
- Acte de nomination de la curatelle

Travail / Chômage

- Contrat de travail
- Décomptes de tous les revenus des trois derniers mois
(Décomptes de salaire ou décomptes de l'assurance chômage, AI, PC etc.)
- Lettre de résiliation
- Curriculum vitae
- Inscription à ORP
- Décision de la caisse de chômage

Fortune / dettes

- Relevé de compte des 3 derniers mois de tous les comptes (y compris ceux des enfants) avec mention du solde
- Taxation fiscale actuelle
- Permis de circulation du véhicule
- Pièces justificatives autres revenus

Logement

- Contrat de bail / attestation hypothécaire

Assurances / Santé

- Police d'assurance maladie de toutes les personnes
- Décision de la caisse de compensation sur la réduction des primes d'ass. maladie
- Police ménage / responsabilité civile (RC)
- Certificats médicaux
- Décision AI / PC / AVS / bourse / LPP / allocations enfant
- Police des autres assurances
- Valeur de rachat de l'assurance vie au 31.12. de l'année précédente
- _____
- _____