

Selbstdекlaration und Verlängerungsgesuch Sozialhilfe

Formular für die jährliche Überprüfung der Mittellosigkeit (für Personen, die bereits unterstützt werden).

Einpersonen-Haushalt
Mehrpersonen-Haushalt (mit anderen Personen im Haushalt lebend)

Hinweis zum Ausfüllen:

- Wir bitten Sie, sämtliche Felder auszufüllen und alle Fragen zu beantworten
- Bei Auswahlfragen das zutreffende Feld ankreuzen
- Bitte unterschreiben Sie auf Seite 6

1. Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail ¹
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Nationalität
Aufenthaltsbewilligung	
C	B
Andere ▶	
Gültig bis:	

Besteht für Sie oder andere Familienmitglieder eine Beistandschaft?

Ja Nein

Falls ja, für wen?

2. Zivilstand (Mehrfachnennungen möglich)

Ich bin ...	Ledig	Im Konkubinat lebend (mind. 2 Jahre gemeinsamer Haushalt oder gemeinsame Kinder)
	In eingetragener Partnerschaft lebend	
	Verheiratet	
	▶ Weiter bei Punkt 3	
	getrennt ▶	freiwillig gerichtlich
	geschieden	
	verwitwet	

Ich habe Kinder

Ja Nein

▶ Punkt 4 überspringen

¹ Die Angabe der E-Mail-Adresse ist freiwillig. Bei Angabe erkläre ich mich einverstanden per E-Mail kontaktiert zu werden.

3. Personalien Partnerin/Partner (im gleichen Haushalt lebend)

Name			Vorname	
Strasse			PLZ/Ort	
Telefon			E-Mail ²	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Nationalität	
Aufenthaltsbewilligung				Gültig bis:
C	B	Andere ▶		

4. Kinder (bis 18 Jahre)

Kind 1

Name			Vorname	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Nationalität	
Aufenthaltsbewilligung				Gültig bis:
C	B	Andere ▶		
Im gleichen Haushalt lebend ▶	Ja	Nein		

Kind 2

Name			Vorname	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Nationalität	
Aufenthaltsbewilligung				Gültig bis:
C	B	Andere ▶		
Im gleichen Haushalt lebend ▶	Ja	Nein		

Kind 3

Name			Vorname	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Nationalität	
Aufenthaltsbewilligung				Gültig bis:
C	B	Andere ▶		
Im gleichen Haushalt lebend ▶	Ja	Nein		

Kind 4

Name			Vorname	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Nationalität	
Aufenthaltsbewilligung				Gültig bis:
C	B	Andere ▶		
Im gleichen Haushalt lebend ▶	Ja	Nein		

Weitere Kinder

² Die Angabe der E-Mail-Adresse ist freiwillig. Bei Angabe erkläre ich mich einverstanden per E-Mail kontaktiert zu werden.

5. Wohnverhältnisse

Ich wohne ...

in Miete

in Untermiete

in einer WG

in Wohneigentum

in einer Institution

im begleiteten Wohnen

im Hotel/Pension

ohne feste Unterkunft

bei Verwandten, Bekannten

anders

Nettomiete pro Monat in CHF

Nebenkosten pro Monat in CHF

Parkplatz pro Monat in CHF

Leben weitere Erwachsene inkl. Kinder über 18 Jahre in Ihrem Haushalt?

Nein

Ja ▶

Falls ja, wie viele:

Haben sich Wohnverhältnisse und Haushaltsgrösse im vergangenen Jahr geändert?

Nein

Ja, folgende Änderungen und Hinweise:

6. Arbeit

Arbeiten Sie?

Ja

Nein

Falls nein, sind Sie arbeitsunfähig?

Ja ▶ zu

%

Nein

Arbeiten Ihre Kinder?

Ja

Nein

Arbeitet Ihre Partnerin/Ihr Partner?

Ja

Nein

7. Aktuelle Einnahmen

	Antragsstellende Person			Partnerin/Partner			Kind			Kind		
	Ja	Nein	CHF pro Monat	Ja	Nein	CHF pro Monat	Ja	Nein	CHF pro Monat	Ja	Nein	CHF pro Monat
Erwerbseinkommen												
13. Monatslohn												
Arbeitslosenversicherung ALV												
Familienzulagen												
Ehegattenalimente												
Kinderalimente												
Stipendien												
Invalidenversicherung IV												
Alters- und Hinterlassenen- versicherung AHV												
Pensionskasse BVG												
Ergänzungsleistungen												
Ausländische Renten												
Unfall- oder Krankentaggeld												
Lebensversicherung												
Finanzielle Unterstützung von Institutionen /Dritter												
Anderes												

**8. Haben Sie Antrag auf weitere Leistungen gestellt und warten auf den Entscheid?
(Offene Ansprüche von Dritten)**

Ja Nein

Falls ja, welche (z. B. IV-Rente, Arbeitslosentaggelder, Stipendien, Alimente o. a.)?

Falls ja, für wen (sich selber, Partner/in, Kind(er))?

9. Ausgaben

	Antragstellende Person	Partnerin/Partner	Kind 1
Name der Krankenkasse			
Grundversicherung (KVG)			
Versicherten-Nr.			
Monatliche KVG-Prämie	CHF	CHF	CHF
	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Name der Krankenkasse			
Grundversicherung (KVG)			
Versicherten-Nr.			
Monatliche KVG-Prämie	CHF	CHF	CHF

Haben Sie die kantonale Prämienverbilligung beantragt? Ja Nein

Falls ja, welcher Betrag ist verfügt worden? CHF

Haben Sie andere wiederkehrende Ausgaben (im Zusammenhang mit Arbeitstätigkeit)? Ja Nein

Falls ja, welche? Verkehrsauslagen / monatlich in CHF
 Kinderbetreuung / monatlich in CHF
 Andere monatlich in CHF

10. Vermögen

Bitte beachten Sie: **Alle Konten** aller Personen der Unterstützungseinheit müssen einmal jährlich deklariert werden – einschliesslich solcher mit CHF 0.00 Saldo, ohne Bewegung oder mit Onlinezugang. Dazu zählen insbesondere:

Privatkonto, Sparkonto, Mietkautionskonto, Depositenkonto, Freizügigkeitsguthaben,
freiwilliges Alterssparen (3. Säule), Kredit- und Debitkarten, Paypal, Kryptowährungen (Bitcoin etc.)

Kontoinhaber/in	Name Finanzinstitut	IBAN-/Kontonummer	Saldo in CHF
-----------------	---------------------	-------------------	--------------

Hinweis:

Die Kontoauszüge des vergangenen Unterstützungsjahres müssen dem Sozialdienst vollständig eingereicht werden.

Haben Sie Häuser, Stockwerkeigentum und/oder Grundstücke im In- und/oder Ausland?

Nein Ja, folgende:

Haben Sie Fahrzeuge (Auto, Motorrad, Oldtimer, Anhänger, Schiff, Wohnwagen etc.?)

Nein Ja, folgende:

Haben Sie sonstige Vermögenswerte (Wertgegenstände, Schmuck, Wertschriften, Bargeld, Lohnforderungen, unverteilte Erbschaften, Bankschliessfächer, Edelmetalle, Kunstsammlungen etc?)

Nein Ja, folgende:

11. Bemerkungen des Antragstellenden

Erklärung Antragsteller/-in und ggf. Partner/-in

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie:

- das Merkblatt «Rechte und Pflichten in der Sozialhilfe» erhalten haben,
- die «Rechte und Pflichten in der Sozialhilfe» verstanden haben,
- auf die gesetzlichen Rechte und Pflichten hingewiesen wurden,
- alle Fragen im Formular «Selbstdeklaration und Verlängerungsgesuch Sozialhilfe» verstanden haben,
- dieses Gesuch für den weiteren Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe und alle zusätzlich an Sie abgegeben
Formulare wahrheitsgemäss ausgefüllt haben.

Zug, den:

Unterschrift antragstellende Person

Unterschrift Partnerin/Partner