

Unterstützungsgesuch

Gesuchsteller/in

Name/Vorname _____ geboren am _____

Telefon _____ Email _____

Nationalität _____ Heimatort _____

Ausländerausweis _____ gültig bis _____ AHV-Nr. _____

Zivilstand ledig verheiratet seit _____ getrennt seit _____

geschieden seit _____ verwitwet seit _____

Ausbildung _____

Erlerner Beruf _____ Momentane Tätigkeit _____

Arbeitgeber: _____

Pensum _____% oder Stundenlohn

Ehepartner / in oder Konkubinatspartner/in

Name/Vorname _____ geboren am _____

Telefon _____ Email _____

Nationalität _____ Heimatort _____

Ausländerausweis _____ gültig bis _____ AHV-Nr. _____

Zivilstand ledig verheiratet seit _____ getrennt seit _____

geschieden seit _____ verwitwet seit _____

Ausbildung _____

Erlerner Beruf _____ Momentane Tätigkeit _____

Arbeitgeber: _____

Pensum _____% oder Stundenlohn

Wohnverhältnisse in Therwil

Strasse/Nr. _____

Stock _____ Anzahl Zimmer _____ Mietbeginn _____

Hauseigentümer/Verwaltung _____

Zuzug in Therwil am _____ von: _____

Zuzug in den Kanton BL am _____ zugezogen aus Kanton _____

Zuzug in die Schweiz am _____ zugezogen von _____

Letzte Wohnsitzadresse _____

Geschiedener / Getrennter / Verstorbene/r Ehepartner/in

Name/Vorname _____ Geb.-datum _____ Heimatort _____

Adresse _____

Trennungs-/Scheidungsdatum tatsächlich _____

Trennungs-/Scheidungsdatum gerichtlich _____

Todesdatum _____

Kinder

1. Name/Vorname _____ Geb.-datum _____

Ausbildung _____

Im gleichen Haushalt Ja / Nein

2. Name/Vorname _____ Geb.-datum _____

Ausbildung _____

Im gleichen Haushalt Ja / Nein

3. Name/Vorname _____ Geb.-datum _____

Ausbildung _____

Im gleichen Haushalt Ja / Nein

4. Name/Vorname _____ Geb.-datum _____

Ausbildung _____

Im gleichen Haushalt Ja / Nein

5. Name/Vorname _____ Geb.-datum _____

Ausbildung _____

Im gleichen Haushalt Ja / Nein

Sonstige Personen, die im gleichen Haushalt leben

(WG-Mitbewohner, Verwandte, Untermieter etc.)

(Name/Vorname, Geburtsdatum, Art der Beziehung)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Krankheit

Sind Sie krank geschrieben? Ja Nein

Wenn ja, zu wieviel Prozent? _____

Hausarzt / sonstige behandelnde Ärzte

1. Name/Vorname _____

Fachgebiet _____ Telefon _____

2. Name/Vorname _____

Fachgebiet _____ Telefon _____

Vormundschaftliche Massnahmen

Haben Sie einen Vormund oder Beistand? Ja Nein

Wenn ja: Name / Adresse / Telefon _____

Arbeitslosigkeit

Sind Sie zur Zeit arbeitslos? Ja Nein

Von wem wurde gekündigt? Arbeitgeber Arbeitnehmer

Die Kündigung erfolgte per _____

Letzter Arbeitgeber (Name, Adresse) _____

Sind Sie bei der RAV angemeldet? Ja Nein

Zuständige/r Sachbearbeiter/in _____

Haben Sie eine Unfallversicherung?

Ja (SUVA, Abredeversicherung oder in privater Krankenkasse eingeschlossen) Nein

IV-Anträge

Wurde ein IV-Gesuch eingereicht? Ja Wann: _____ Nein

Für wen? _____

Grund? _____

Zuständige/r Sachbearbeiter/in: _____

→ eine IV-Rente gemäss BVG kann geltend gemacht werden, sofern die Krankheit noch während der Dauer des Arbeitsverhältnisses begann.

Steuern

Steuerbares Einkommen (siehe Steuerrechnung)

Jahr: _____ CHF _____

Wurde eine Steuererklärung eingereicht? Ja Für welches Jahr: _____ Nein

Wurde ein Steuererlassgesuch eingereicht? Ja Für welches Jahr: _____ Nein

Wurde ein Steuererlass abgelehnt? Ja Für welches Jahr: _____ Nein

Bemerkungen

Wirtschaftliche Verhältnisse

Einkommen in CHF

Monatl. Einkommen	Gesuchsteller/in	Ehe-/Konku- binatspartner/in	Kinder	Arbeitgeber/ Aus- zahlungsstelle
Lohn				
Arbeitslosentaggeld				
Kranken-/Unfalltaggeld				
Renten (AHV/IV/SUVA)				
Ergänzungsleistungen				
Pensionskasse				
Mietzinsbeiträge				
Stipendien/Ausbildungsbeiträge				
Prämienverbilligung der Krankenkasse				
Unterhaltsbeiträge/Alimente				
Leistungen Verwandte etc.				
Leistungen von Stiftungen				
Andere Einkommen				
Total Einkommen				

Treffen diese Einkommen regelmässig ein?

Ja Nein

Sind evtl. Alimentenzahlungen indexiert?

Ja letztmals per _____ Nein

Bestehen Ausstände bezüglich Alimentenzahlungen?

Ja CHF _____ Nein

Werden die Alimente bevorschusst?

Ja durch wen: _____ Nein

Bemerkungen zum Einkommen

Vermögenswerte (Wenn ja, bitte Belege in Kopie beilegen)

Sind Bargeld, Wertschriften, Bankkonti etc. vorhanden? Ja Total CHF: _____ Nein

Sind Liegenschaften/Land oder Anteile vorhanden? Ja CHF _____ Nein

Sind Lebensversicherungen vorhanden? Ja CHF _____ Nein

Halten Sie Motorfahrzeuge? Ja CHF _____ Nein

Auto-/Motorrad-Marke: _____ Jahrgang: _____

Andere Vermögenswerte? Ja Nein

Was: _____ CHF _____

Schulden

Bestehen Kredite, Abzahlungs-, Miet-/Kaufverträge etc. mit monatlicher Rückzahlungspflicht?

Ja Nein

Haben Sie Alimentenschulden? Ja Nein

Sind Krankenkassenprämien ausstehend? Ja Nein

Haben Sie Steuerschulden? Ja Nein

Haben Sie Eintragungen im Betreibungsregister? Ja Nein

Andere Schulden (private etc.) Ja Nein

Art der Schulden: _____

Beschreibung Ihrer Situation (Wie bin ich/wir in diese Situation geraten?)

Gründe / Probleme:

Private / familiäre Situation:

Berufliche Situation:

Was haben Sie bisher zur Behebung Ihrer Notlage unternommen?

Welche anderen Institutionen / Personen haben Sie bisher beansprucht?

	* Zutreffendes bitte ankreuzen	Name Kontaktperson, Telefon
<input type="checkbox"/>	Kirche	
<input type="checkbox"/>	Andere Sozialhilfebehörde	
<input type="checkbox"/>	Weitere Institutionen, welche	

Welche Schritte sehen Sie vor, um die Sozialhilfe so kurz wie möglich zu beanspruchen?

1. _____

bis wann: _____

2. _____

bis wann: _____

3. _____

bis wann: _____

Wo benötigen Sie die Hilfe der Sozialen Dienste?

1. _____

Art der gewünschten Hilfe _____

2. _____

Art der gewünschten Hilfe _____

3. _____

Art der gewünschten Hilfe _____

Benötigte Unterlagen von Gesuchsteller/in und Ehe-/Konkubinatspartner/in

Um bei der Beratung einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, sind zur Beurteilung der Bedürftigkeit die nachstehend aufgeführten Unterlagen dem Gesuch **in Kopie** beizulegen:

- **Identitätskarte oder Pass / Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung**
- **Versicherungspolice/n der Krankenkasse** (laufendes Jahr; Erwachsene und Kinder)
- **Prämienverbilligung Krankenkasse** (Verfügung der SVA BL laufendes Jahr)
- **Arbeitsvertrag / Lehrvertrag**
- **Lohnbelege** (der letzten 2 Monate)
- **Lebenslauf** (Ausbildung, Weiterbildung, berufliche Tätigkeiten)
- Unterlagen über **Stipendien, Ausbildungsbeiträge** etc.
- Bei **Arbeitslosigkeit**:
 - Korrespondenz/Verfügungen von **KIGA / RAV**
 - Abrechnungen **ALV-Taggelder** der letzten 2 Monate
 - Nachweis **Arbeitsbemühungen** der letzten 2 Monate
 - Kündigungsschreiben** vom Arbeitgeber/von Ihnen
- Bei **Arbeitsunfähigkeit / Krankheit / Unfall**: aktuelles Arztzeugnis und/oder SUVA-Karte
- Bei **Krankheit**: Belege Krankentaggeld der letzten 2 Monate
- Bei Renten (**IV, AHV, EL, SUVA, Witwenrente etc.**): Rentenverfügungen der letzten 2 Monate
- Bei laufenden **IV-Verfahren / -Massnahmen**: Korrespondenz und Verfügungen der SVA BL
- **Mietvertrag / Nachtrag zum Mietvertrag** (+ Belege Mietzinszahlungen der letzten 2 Monate)
- **Police Privathaftpflicht- und Hausratversicherung** (laufendes Jahr)
- **Bank- und/oder Postfinance sowie Depot** (Aktueller Kontostand und detaillierte Kontoauszüge der Monate)
- *Wenn Sie getrennt leben*: **Trennungsvereinbarung, Unterhaltsvertrag**
- *Wenn Sie geschieden sind*: **Scheidungsurteil/-konvention / Vereinbarung**
- *Wenn Sie Kinder haben*: **Unterhaltsvertrag** (+ Belege der letzten 2 Zahlungen)
- *Wenn Sie ein Motorfahrzeug (Auto/Motorrad) haben*: **Bestätigung Ihrer Garage über den Taxwert**
- Lebensversicherung

Bestätigung Gesuchsteller/in und Ehe-/Konkubinatspartner/in

Ich bestätige hiermit, alle Informationen im Unterstützungsgesuch richtig und vollständig angegeben zu haben. Zudem verpflichte ich mich, alle künftigen Änderungen betr. Einkommen, Vermögen, Familienverhältnisse etc. unverzüglich den Sozialen Diensten zu melden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass, wer sich oder andere durch unwahre oder unvollständige Angaben, durch Verschweigen von veränderten Verhältnissen oder in anderer Weise Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz erwirkt, sich strafbar macht. (§ 40a Sozialhilfegesetz, § 292 Strafgesetzbuch)

Ebenso bestätige ich, das Merkblatt Sozialhilfe (resp. Asylhilfe) gelesen und von dessen Inhalt Kenntnis genommen zu haben.

Therwil, _____ Gesuchsteller/in _____

Ehe-/Konkubinatspartner/in _____

Ermächtigung zu Handen der Sozialhilfebehörde Therwil

Name, Vorname: _____ Geb. datum: _____

Name, Vorname Ehepartner/in: _____ Geb. datum: _____

Adresse: _____

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Sozialhilfebehörde Therwil, aktuelle Daten und Auskünfte bei den nachgenannten Stellen einzuholen:

- Steuerbehörden
- SVA BL (Sozialversicherungsanstalt)
- Sozialversicherungen, Krankenkassen und sonstige Versicherungen
- Behandelnde Ärzte
- Banken

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Ehepartner/in: _____