



Antrag für wirtschaftliche Sozialhilfe

Sollte das Formular nicht korrekt oder nicht vollständig ausgefüllt sein, kann Ihr Antrag nicht geprüft werden, was zu einer Verzögerung einer allfälligen Auszahlung von Sozialhilfeleistungen führen kann.

1. Personalien

	AntragsstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
Telefon		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich	☐ weiblich ☐ männlich
Sozialvers.-Nr.		
Heimatort / -land		
Ausweis	gültig bis:	gültig bis:
Zivilstand	seit:	seit:
Zusammenlebend	seit:	
Zuzugsdatum in die Gemeinde Buchrain		
Einreisedatum in die Schweiz		
Zuzugsort / Kanton		

Haben Sie einen Vormund oder Beistand? ☐ ja ☐ nein

Name

Adresse

Telefonnummer

Im gleichen Haushalt lebende Kinder: ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Geburtsdatum	Ausweis	Geschlecht
				☐ w ☐ m
				☐ w ☐ m
				☐ w ☐ m
				☐ w ☐ m

Nicht im gleichen Haushalt lebende Kinder: ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Geschlecht
				☐ w ☐ m
				☐ w ☐ m
				☐ w ☐ m

☐ w ☐ m

Kindsvater oder Kindsmutter, nicht im gleichen Haushalt lebend

Name Vorname Geburtsdatum Adresse

Andere im gleichen Haushalt lebende Personen: ☐ ja

☐ nein

Name Vorname Geburtsdatum Beziehung Geschlecht

☐ w ☐ m

☐ w ☐ m

☐ w ☐ m

2. Angaben zu Verwandtenunterstützung

Verwandtschaftsgrad **AntragsstellerIn** **EhepartnerIn / PartnerIn**

Mutter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Vater

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

**Grossmutter
(mütterlicher-
seits)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

**Grossvater
(mütterlicher-
seits)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

**Grossmutter
(väterlicherseits)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

**Grossvater
(väterlicherseits)**

Name, Vorname

Geburtsdatum



Adresse			
Kinder	Name, Vorname		
	Geburtsdatum		
	Adresse		
Kinder	Name, Vorname		
	Geburtsdatum		
	Adresse		

Begründete Einwände betreffend Verwandtenunterstützung

Sollten begründete Einwände gegen die Kontaktaufnahme einzelner oder aller Verwandten (volljährige Kinder, Eltern, Grosseltern) vorhanden sein, bitten wir Sie uns diese nachfolgend mitzuteilen:

3. Wohnverhältnis (falls Eigentum vorhanden, bitte Punkt 9 beachten)

☐ Miete	☐ Untermiete	☐ gratis Unterkunft	☐ ohne feste Unterkunft
☐ Eigentum	☐ Wohngemeinschaft	☐ Pension, Hotel	☐ stationäre Einrichtung
Mietzins CHF	☐ inkl. ☐ exkl. NK	Nebenkosten CHF	
Parkplatz, Garage CHF	☐ nein	Anzahl Zimmer	
Wohnverhältnis seit	Depot CHF	bezahlt durch	

VermieterIn / stationäre Einrichtung

Name	
Adresse	
Telefonnummer	
Kontaktperson	

Bisherige Wohnadressen (bis 2 Jahre zurück)

Strasse Nr, PLZ Ort	von	bis
---------------------	-----	-----

4. Finanzen und Vermögen

	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Bargeld	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Erwerbseinkommen netto	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Zweites Erwerbseinkommen	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein

13. Monatslohn	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Kinderzulagen	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein

Ansprüche aus:

Sozialversicherungen	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Altersrente (AHV)	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
SUVA-Rente	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Pensionskassenrente (BVG)	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Invalidenrente (IV)	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
EL / Zusatzleistungen	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Hilflosenentschädigung	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Witwen-, Waisen-, Kinderrente	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Andere Renten	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Mutterschaftsentschädigung	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Kinder-/Ausbildungszulagen	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein

Taggeldleistungen	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Arbeitslosentaggelder	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
IV-Taggelder	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Krankentaggelder	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Unfalltaggeld	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Militärtaggeld	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
andere Taggelder	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein

Unterhaltsbeiträge	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Alimente Ehegattin/Ehegatte	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Kinderalimente	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Alimentenbevorschussung	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
andere Unterhaltsbeiträge	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein

Anderes	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Stipendien	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein
Anderes:	CHF	☐ nein	CHF	☐ nein

Aktuell in Abklärung	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	

Erbschaften / einmalige Entschädigungen (z.B. Genugtuungs- oder Integritätsleistung, etc.)

Was Wann (Datum) CHF

Einkommen von im gleichen Haushalt lebenden Kindern/Personen (inkl. Stipendien)

Name Art des Einkommens CHF / Monat

Aktuelles Vermögen	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Pensionskasse (2. Säule)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Vorzeitige Auszahlung	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Auszahlung per (Datum)		
3.Säule (Lebensversicherung, Sparkonto etc.)	Rückkaufswert CHF ☐ nein	Rückkaufswert CHF ☐ nein
Wertschriften (z.B. Aktien, Obligationen)	CHF ☐ nein Art:	CHF ☐ nein Art:
Tresorfach, Wertsachen (Kunst, Schmuck, Gold, Pferde, etc.)	CHF ☐ nein Was:	CHF ☐ nein Was:
Geschäftskonto (wenn selbstständig erwerbend)	Stand: CHF ☐ nein	Stand: CHF ☐ nein

5. Versicherungen

Krankenkasse	Person	KVG*	VVG*	IPV*	Unfall	Franchise
		CHF	CHF	CHF	☐ ja ☐ nein	CHF
		CHF	CHF	CHF	☐ ja ☐ nein	CHF
		CHF	CHF	CHF	☐ ja ☐ nein	CHF
		CHF	CHF	CHF	☐ ja ☐ nein	CHF



		CHF	CHF	CHF	☐ ja ☐ nein	CHF
--	--	-----	-----	-----	--	-----

*KVG=Grundversicherung *VVG=Zusatzversicherung *IPV=Individuelle Prämienverbilligung

Name des Versicherers

Hausrat-/ Haftpflichtversicherung	☐ ja ☐ nein
Kranken-/ Unfalltaggeldversicherung	☐ ja ☐ nein
Fahrzeugversicherung	☐ ja ☐ nein
Rechtsschutzversicherung	☐ ja ☐ nein

6. Schulden

	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Private Schulden	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Kreditschulden	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Mietzinsschulden	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Krankenkassenschulden	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Steuerschulden	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Unterhaltsschulden	CHF ☐ nein	CHF ☐ nein
Leasingverträge	CHF: ☐ nein Art:	CHF: ☐ nein Art:
Andere Schulden	CHF ☐ nein Art:	CHF ☐ nein Art:
Betreibungen	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Einkommenspfändung	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

7. Erwerbs- und Ausbildungssituation

	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Ausbildung bisher	☐ Schulbesuch weniger als 7 Jahre ☐ obligatorische Schule ☐ Anlehre / Berufsattest ☐ Berufslehre, Berufsschule ☐ höhere Fach-/Berufsschule ☐ Universität, (Fach)Hochschule	☐ Schulbesuch weniger als 7 Jahre ☐ obligatorische Schule ☐ Anlehre / Berufsattest ☐ Berufslehre, Berufsschule ☐ höhere Fach-/Berufsschule ☐ Universität, (Fach)Hochschule
aktuell in Ausbildung / Studium	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Schule / Ausbildungsstätte (Name / Ort)		
Schul-/Studienbeginn		
Dauer		
Abschluss als		
bereits erlernter Beruf		

aktuelle Erwerbssituation	☐ Festanstellung ☐ Temporäranstellung ☐ Arbeit auf Abruf ☐ selbständig erwerbend ☐ in Praktikum ☐ RenterIn ☐ auf Stellensuche ☐ arbeitsunfähig ☐ anderes:	☐ Festanstellung ☐ Temporäranstellung ☐ Arbeit auf Abruf ☐ selbständig erwerbend ☐ in Praktikum ☐ RenterIn ☐ auf Stellensuche ☐ arbeitsunfähig ☐ anderes:
Adresse des <u>aktuellen</u> Arbeitgebers		
angestellt als		.
seit		
Arbeitspensum %		
Erwerbslosigkeit	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
arbeitslos	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
seit:		
beim RAV angemeldet?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Anmeldedatum		
Name / Adresse der Arbeitslosenkasse		
Letzte Auszahlung	am	am
ausgesteuert	seit ☐ nein	seit ☐ nein
Wie oft arbeitslos in den letzten 3 Jahren	☐ nie ☐ einmal ☐ mehrmals	☐ nie ☐ einmal ☐ mehrmals
Adresse des <u>letzten</u> Arbeitgebers		
angestellt als		
von / bis		
Arbeitspensum %		
Adresse des letzten Arbeitgebers		

8. Gesundheitliche Situation

AntragstellerIn

EhepartnerIn / PartnerIn

Leiden Sie an einer psychischen Krankheit? Wenn ja, Diagnose:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an einer körperlichen Krankheit? Wenn ja, Diagnose:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Erlitten Sie einen Unfall? Wenn ja, Vorfall:	☐ ja ☐ nein wann:	☐ ja ☐ nein wann:
Bestehen Suchterkrankungen? Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Besteht eine Invalidität? Wenn ja, Grad?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wurde eine IV-Anmeldung gemacht? Wenn Ja, Datum:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Zuständige Fachperson bei der IV / Case Managerin (Name)		

9. Wohneigentum / Grundbesitz im In- und Ausland

	AntragsstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
Geburtsdatum		

Obige Personen bestätigen, dass sie

- ☐ **kein** Wohneigentum im In- oder Ausland haben
☐ **kein** Grund- / Landbesitz im In- oder Ausland haben
☐ Wohneigentum im In- oder Ausland haben
☐ Grund- / Landbesitz im In- oder Ausland haben

falls ja, ist es:

- ☐ alleiniges Eigentum ☐ Miteigentum

Wohnung/Haus/bzw. Grund-/Landbesitz

Art des Eigentums _____

Grösse (Zimmer/Fläche) _____



Adresse, PLZ/Ort, Land _____

Kaufpreis CHF _____

Heutiger Wert CHF _____

Namen MiteigentümerIn _____

(Bitte entsprechende Dokumente beilegen)

10. Fahrzeugabklärung (für alle im gleichen Haushalt lebenden Personen über 18 Jahren)

Name/Vorname	geb.	besitzt Fahrausweis	
_____	_____	☐ ja	☐ nein
_____	_____	☐ ja	☐ nein
_____	_____	☐ ja	☐ nein

Obige Personen bestätigen, dass sie

- ☐ **keine** Fahrzeuge besitzen (Auto, Motorrad, Schiff, Wohnwagen usw.)
- ☐ Fahrzeuge besitzen (Auto, Motorrad, Schiff, Wohnwagen usw.)

falls **ja**, ist es:

- ☐ Eigentum ☐ Miete ☐ Leasing

	1. Fahrzeug	2. Fahrzeug
Nummernschild	_____	_____
Fahrzeug-Marke	_____	_____
Fahrzeug-Modell	_____	_____
Kilometerstand	_____	_____
1. Inverkehrsetzung	_____	_____
Kaufpreis	CHF _____	CHF _____



Miete, Leasing pro Mt. CHF _____ CHF _____

(Bitte Kopie aller Fahrzeugausweise beilegen)

11. Finanzielle Angaben (für alle im gleichen Haushalt lebenden Personen inkl. Kinder)

Bitte führen Sie in der unten stehenden Tabelle alle Ihre Post- und/oder Bankkontos auf, welche Sie besitzen (auch Sparkontos, Kinderkontos, Mietzinsdepot sowie Geschäftskonten):

[illegible]



12. Involvierte Stellen, Ärzte und Fachpersonen

Funktion

Name

Adresse, Telefonnummer

13. Erklärung

Die Unterzeichneten bestätigen hiermit, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich/wir nehmen zur Kenntnis, dass ich/wir gesetzlich verpflichtet sind, jegliche Änderungen in finanziellen und persönlichen Verhältnissen umgehend der Gemeinde Buchrain, Abteilung Soziales zu melden.

Ferner nehmen ich/wir zur Kenntnis, dass falsche oder unvollständige Angaben sowie das Nicht-melden von Änderungen zu einer Rückforderung der Unterstützungsleistungen führen und strafrechtliche Folgen haben können.

Ort / Datum

Ort / Datum

Unterschrift AntragsstellerIn

Unterschrift EhepartnerIn / PartnerIn

Wurde beim Ausfüllen des vorliegenden Antragsformulars aktive Hilfestellung von einer Drittperson in Anspruch genommen, so hat die Drittperson als ÜbersetzerIn ebenfalls zu unterschreiben.

Der / die ÜbersetzerIn bestätigt die korrekte mündliche Übersetzung des Antragsformulars:

Ort / Datum

Name ÜbersetzerIn

Unterschrift ÜbersetzerIn

Durch die Abteilung Soziales auszufüllen

Kontrolle durch:

Datum / Kürzel: