

Antrag für wirtschaftliche Sozialhilfe

1. Personalien

	AntragsstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
Telefon		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Sozialvers.-Nr.		
Heimat / Nation		
Ausweis	gültig bis:	gültig bis:
Zivilstand	seit:	seit:
Zusammenlebend	seit:	
Zuzugsdatum in die Gemeinde		
Einreisedatum in die Schweiz		
Zuzugsort / Kanton		

Im gleichen Haushalt lebende Kinder: ja nein

Name	Vorname	Geburtsdatum	Sozialvers.-Nr.	Ausweis	Geschlecht
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

Nicht im gleichen Haushalt lebende Kinder: ja nein

Name	Vorname	Geburtsdatum	Sozialvers.-Nr.	Ausweis	Geschlecht
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
					<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

Andere im gleichen Haushalt lebende Personen: ja nein

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beziehung	Geschlecht
				<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
				<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
				<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
				<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

2. Angaben zu Verwandtenunterstützung

Verwandtschaftsgrad	AntragsstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Mutter	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Adresse	
Vater	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Adresse	
Grossmutter (mütterlicherseits)	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Adresse	
Grossvater (mütterlicherseits)	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Adresse	
Grossmutter (väterlicherseits)	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Adresse	
Grossvater (väterlicherseits)	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

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	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Erwerbseinkommen netto	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Zweites Erwerbseinkommen	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
13. Monatslohn	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Kinderzulagen	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein

Wohneigentum	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Wohneigentum vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Grundstück	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Grundstück
Adresse		
Fläche	m2	m2
Anzahl Zimmer		
Kaufpreis	CHF	CHF
Kaufjahr		
Hypothekarhöhe	CHF	CHF
Hypotekarzins (pro Jahr)	CHF	CHF
Aktueller Wert	CHF	CHF
Letzte Schätzung (Jahr)		

Ansprüche aus:

Sozialversicherungen	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Altersrente (AHV)	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
SUVA-Rente	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Pensionskassenrente (BVG)	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Invalidenrente (IV)	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
EL / Zusatzleistungen	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Witwen-, Waisen-, Kinderrente	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Andere Renten	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Mutterschaftsentschädigung	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Kinder-/Ausbildungszulagen	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein

Taggelderleistungen	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Arbeitslosentaggelder	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Krankenversicherungstaggelder	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Unfallversicherungs-Taggeld	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Militärtaggeld	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
andere Taggelder	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein

Unterhaltsbeiträge	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Alimente Ehegattin/Ehegatte	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Kinderalimente	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Alimentenbevorschussung	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
andere Unterhaltsbeiträge	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein

Anderes	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Stipendien	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Anderes:	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein

Aktuell in Abklärung	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	

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

Datum	Wer	Was	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)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorzeitige Auszahlung	CHF <input type="checkbox"/> nein	CHF <input type="checkbox"/> nein
Auszahlung per		
3.Säule (Lebensversicherung, und / oder Bankkonto)	Rückkaufswert CHF <input type="checkbox"/> nein	Rückkaufswert CHF <input type="checkbox"/> nein
Motorfahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art des Fahrzeuges (Auto, Motorrad, Wohnwagen, Roller, etc.)		
Marke, Typ		
1. Inverkehrssetzung		
Km-Stand		
Kaufdatum		
Aktueller Wert	CHF	CHF
Wertschriften (z.B. Aktien, Obligationen)	CHF <input type="checkbox"/> nein Art:	CHF <input type="checkbox"/> nein Art:
Tresorfach, Wertsachen (Schmuck, Gold, Pferde, etc.)	CHF <input type="checkbox"/> nein Art:	CHF <input type="checkbox"/> nein Art:
Geschäftskonto (wenn selbstständig erwerbend)	CHF <input type="checkbox"/> nein	CHF <input type="checkbox"/> nein

Post- und Bankkonten (inkl. Mietkautionskonto)

KontoinhaberIn	Bankname, Post	IBAN-Nr.	Saldo-Datum	CHF

4. Versicherungen

Krankenkasse	Person	KVG	VVG	IPV	Unfall	Franchise
		CHF	CHF	CHF		CHF
		CHF	CHF	CHF		CHF
		CHF	CHF	CHF		CHF
		CHF	CHF	CHF		CHF
		CHF	CHF	CHF		CHF

KVG=Grundversicherung

VVG=Zusatzversicherung

IPV=Individuelle Prämienverbilligung

Name des Versicherers

Hausrat-/ Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken-/ Unfalltaggeldversicherung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fahrzeugversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Schulden

	AntragstellerIn		EhepartnerIn / PartnerIn	
Private Schulden	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Kreditschulden	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Mietzinsschulden	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Krankenkassenschulden	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Steuerschulden	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Unterhaltungsschulden	CHF	<input type="checkbox"/> nein	CHF	<input type="checkbox"/> nein
Leasingverträge	CHF: Art:	<input type="checkbox"/> nein	CHF: Art:	<input type="checkbox"/> nein
Andere Schulden	CHF Art:	<input type="checkbox"/> nein	CHF Art:	<input type="checkbox"/> nein
Betreibungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkommenspfindung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

7. Erwerbs- und Ausbildungssituation

	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Ausbildung bisher	<input type="checkbox"/> Schulbesuch weniger als 7 Jahre <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> Anlehre / Berufsattest <input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule <input type="checkbox"/> höhere Fach-/Berufsschule <input type="checkbox"/> Universität, (Fach)Hochschule	<input type="checkbox"/> Schulbesuch weniger als 7 Jahre <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> Anlehre / Berufsattest <input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule <input type="checkbox"/> höhere Fach-/Berufsschule <input type="checkbox"/> Universität, (Fach)Hochschule
aktuell in Ausbildung / Studium	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schule / Ausbildungsstätte (Name / Ort)		
Schul-/Studienbeginn		
Dauer		
Abschluss als		
bereits Erlerner Beruf		
Aktuelle Erwerbssituation	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Temporäranstellung <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf <input type="checkbox"/> selbständig erwerbend <input type="checkbox"/> in Praktikum <input type="checkbox"/> RenterIn <input type="checkbox"/> auf Stellensuche <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> anderes:	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Temporäranstellung <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf <input type="checkbox"/> selbständig erwerbend <input type="checkbox"/> in Praktikum <input type="checkbox"/> RenterIn <input type="checkbox"/> auf Stellensuche <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> anderes:
Adresse des aktuellen Arbeitgebers		
angestellt als		.
seit		
Arbeitspensum %		

Erwerbslosigkeit	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
arbeitslos seit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
beim RAV angemeldet? Anmeldedatum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name / Adresse der Arbeitslosenkasse		
Letzte Auszahlung	am	am
Aussteuert	seit <input type="checkbox"/> nein	seit <input type="checkbox"/> nein
Wie oft arbeitslos in den letzten 3 Jahren	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> einmal <input type="checkbox"/> mehrmals	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> einmal <input type="checkbox"/> mehrmals
Adresse des letzten Arbeitgebers		
angestellt als		
von / bis		
Arbeitspensum %		
Adresse des letzten Arbeitgebers		

5. Gesundheitliche Situation

	AntragstellerIn	EhepartnerIn / PartnerIn
Leiden Sie an einer psychischen Krankheit? Wenn ja, Diagnose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer körperlichen Krankheit? Wenn ja, Diagnose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erlitten Sie einen Unfall? Wenn ja, Vorfall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Suchterkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Invalidität? Wenn ja, Grad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine IV-Anmeldung gemacht? Wenn Ja, Datum:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuständige Person bei der IV / Case Managerin		

Zusätzliche Bemerkungen

Involvierte Stellen und Fachpersonen

Institution / Stelle / Arzt	Name	Adresse, Telefonnummer
Hausarzt		

Schilderung der momentanen Situation

Erklärung

Die unterzeichnenden Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift, das Antragsformular um wirtschaftliche Sozialhilfe des Sozialdienst Bezirk Affoltern vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

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

Ort / Datum

Ort / Datum

Unterschrift AntragsstellerIn

Unterschrift EhepartnerIn / PartnerIn

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

Ort / Datum

Name ÜbersetzerIn

Unterschrift ÜbersetzerIn

Durch den Sozialdienst Bezirk Affoltern auszufüllen

1. **Kontrolle durch:** _____ Datum / Kürzel: _____

2. **Kontrolle durch:** _____ Datum / Kürzel: _____