

# Unterstützungsgesuch Sozialhilfe

## 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

Im gleichen Haushalt mit Gesuchsteller/in seit: \_\_\_\_\_

## 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**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_

Ausbildung \_\_\_\_\_

Im gleichen Haushalt  Ja /  Nein

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_

Ausbildung \_\_\_\_\_

Im gleichen Haushalt  Ja /  Nein

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_

Ausbildung \_\_\_\_\_

Im gleichen Haushalt  Ja /  Nein

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_

Ausbildung \_\_\_\_\_

Im gleichen Haushalt  Ja /  Nein

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. \_\_\_\_\_

### **Arbeitslosigkeit**

Sind Sie (oder Ihr/e Partner/in) aktuell arbeitslos?  Ja  Nein

Wer hat gekündigt?  Arbeitgeber/in  Arbeitnehmer/in

Die Kündigung erfolgte per \_\_\_\_\_

Letzter Arbeitgeber (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Sind Sie beim KIGA / RAV angemeldet?  Ja  Nein

Zuständige/r Sachbearbeiter/in \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Unfallversicherung?

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

## Krankheit

Sind Sie oder Ihr/e Partner/in krank geschrieben?  Ja  Nein

Wenn ja, zu wieviel Prozent? \_\_\_\_\_

## Hausarzt / sonstige behandelnde Ärzte

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Fachgebiet \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Fachgebiet \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Invalidität

Wurde für Sie oder Ihr/e Partner/in oder Ihr/e Kind/er ein Gesuch bei der Invalidenversicherung (IV) eingereicht?

Ja, für wen und wann: \_\_\_\_\_  Nein

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 aktuellste Steuerrechnung)

Jahr: \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_

Haben Sie die Steuererklärung eingereicht?  Ja Für welches Jahr: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie ein Steuererlassgesuch eingereicht?  Ja Für welches Jahr: \_\_\_\_\_  Nein

Wurde ein Steuererlass abgelehnt?  Ja Für welches Jahr: \_\_\_\_\_  Nein

## Behördliche Massnahmen

Haben Sie oder Ihr/e Partner/in oder Ihr/e Kind/er einen Beistand?  Ja  Nein

Name, Adresse, Telefon, Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Wirtschaftliche Verhältnisse

Einkommen in CHF (bitte Belege in Kopie beilegen)

Monatliches Einkommen	Gesuchsteller/in	Partner/in	Kinder	Arbeitgeber/ Auszahlungsstelle
Lohn				
Arbeitslosentaggeld				
Kranken-/Unfalltaggeld				
Renten (AHV / IV / SUVA)				
Ergänzungsleistungen				
Stipendien/Ausbildungsbeiträge				
Prämienverbilligung der Krankenkasse				
Unterhalt / Alimente				
Leistungen von Verwandten etc.				
Pensionskassen-Leistungen				
Leistungen von Stiftungen				
Andere Einkommen				
<b>Total Einkommen</b>				

Treffen diese Einkommen regelmässig ein?  Ja  Nein

Bestehen Ausstände von Alimenten/Unterhalt?  Ja CHF \_\_\_\_\_  Nein

Werden die Alimente vom Kantonalen Sozialamt bevorschusst?

Ja  Nein

Sind evtl. Alimentenzahlungen indexiert?  Ja letztmals per \_\_\_\_\_  Nein

## Bemerkungen zum Einkommen

---

---

---

## Vermögenswerte *(Wenn ja, bitte Belege in Kopie beilegen)*

Haben Sie Bank-/Postkonti oder Wertschriften?  Ja Total CHF: \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie Liegenschaften/Land oder Anteile?  Ja CHF \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie eine Lebensversicherung abgeschlossen?  Ja CHF \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie ein Motorfahrzeug?  Ja CHF \_\_\_\_\_  Nein

Auto-/Motorrad-Marke: \_\_\_\_\_ Jahrgang: \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Vermögenswerte?  Ja  Nein

Was: \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_

## Schulden

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

Ja  Nein

Haben Sie Alimente/Unterhalt nicht bezahlt?  Ja  Nein

Haben Sie Krankenkassenprämien nicht bezahlt?  Ja  Nein

Haben Sie Steuerschulden?  Ja  Nein

Haben Sie Eintragungen im Betreibungsregister?  Ja  Nein

Haben Sie andere Schulden (private etc.)?  Ja  Nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

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

### Gründe / Probleme:

---

---

---

---

---

---

**Wie ist Ihre private / familiäre Situation:**

---

---

---

---

---

**Wie ist Ihre berufliche Situation:**

---

---

---

---

---

**Was haben Sie bisher zur Behebung der Notlage unternommen?**

---

---

---

---

---

**Welche Hilfsangebote haben Sie bisher beansprucht? Bitte Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen**

		<b>Kontaktperson, Telefon</b>
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfebehörde der Gemeinde:	
<input type="checkbox"/>	Kirche:	
<input type="checkbox"/>	Weitere Institutionen:	

**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** (Antragsformular der SVA BL für das laufende Jahr)
- **Arbeitsvertrag / Lehrvertrag**
- **Lohnbelege** (der letzten zwei Monate)
- **Lebenslauf** (Ausbildung, Weiterbildung, berufliche Tätigkeiten)
- Unterlagen über **Stipendien, Ausbildungsbeiträge** etc.
- Bei **Arbeitslosigkeit**:
  - Korrespondenz / Verfügungen des **KIGA BL / 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 zwei Monate
- Bei Renten (**IV, AHV, EL, SUVA, sonstige Renten**): Rentenbelege der letzten zwei Monate
- Bei **IV-Verfahren/-Massnahmen**: Korrespondenz + Verfügungen der SVA BL od. sonstigen IV-Stelle
- **Mietvertrag / Nachtrag zum Mietvertrag** (+ Belege Mietzinszahlungen der letzten zwei Monate)
- **Police Privathaftpflicht- und Hausratversicherung** (laufendes Jahr)
- **Kontoauszüge sämtlicher Bank- und Postfinance-Konti sowie Depot** (Detaillierte Kontoauszüge der letzten sechs Monate + aktueller Kontostand bei Abgabe des Sozialhilfesuchs)
- **Aktuelle Steuerveranlagung (Staats-, Bundes- und Gemeindesteuer)**
- *Wenn Sie neu in Therwil wohnen + in der letzten Wohnsitzgemeinde Sozialhilfe bezogen haben:*  
**Neuestes Berechnungsblatt Sozialhilfe / letzte Verfügung der Sozialhilfebehörde**
- *Wenn Sie getrennt leben:* **Trennungvereinbarung, Unterhaltsvertrag**
- *Wenn Sie geschieden sind:* **Scheidungsurteil/-konvention / Vereinbarung**
- *Wenn Sie Kinder haben:* **Unterhaltsvertrag** (+ Belege der letzten zwei Zahlungen)
- *Wenn Sie ein Motorfahrzeug (Auto/Motorrad) haben:* **Bestätigung Ihrer Garage über den Taxwert**
- *Wenn Sie eine Lebensversicherung abgeschlossen haben:* Aktuelle Police
- *Wenn Sie Liegenschaften/Land oder -Anteile im In- oder Ausland haben:* Grundbuchauszug/sonstige Belege

## **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 Partner/in: \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Partner/in: \_\_\_\_\_