

Antrag auf Wirtschaftliche Sozialhilfe

Hinweise zum Antrag

- > Der Antrag muss vollständig ausgefüllt sein.
- > Die verlangten Unterlagen sind vollständig beizulegen. Fehlende Unterlagen können Verzögerungen bei der Auszahlung von Leistungen zur Folge haben.
- > Alle Fragen beziehen sich auf die Schweiz und das Ausland.

Personalien antragsstellende Person

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
N-Nr.: _____ KT-Nr.: _____
SV-Nr.: _____

Für wie viele Personen beantragen Sie wirtschaftliche Sozialhilfe: _____

Ab wann beantragen Sie wirtschaftliche Sozialhilfe: _____

Partnerschaft und Kinder

Ich bin: ledig verheiratet (inkl. nach Brauch)
 geschieden verwitwet
 getrennt eingetragene Partnerschaft
 Konkubinat, seit: _____

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Falls ja, wie viele: _____

→ Falls ja, **Personalien aller Kinder** angeben

Name/Vorname	Geburtsdatum	N-Nr.	KT-Nr.	SV-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Personalien Ehefrau/Ehemann; eingetragene Partnerin/eingetragener Partner;
Konkubinatspartnerin/Konkubinatspartner

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Adresse:	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon:	_____	E-Mail	_____
N-Nr.:	_____	KT-Nr.:	_____
SV-Nr.:	_____		

Wohnverhältnisse

Ich wohne:

<input type="checkbox"/> im Zentrum	<input type="checkbox"/> in Miete (Kantonswohnung)
<input type="checkbox"/> in Miete (Privat)	<input type="checkbox"/> bei Verwandten, Bekannten
<input type="checkbox"/> Untermiete	<input type="checkbox"/> _____

Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung?

<input type="checkbox"/> 1 Zimmer	<input type="checkbox"/> 1.5 - 2.5 Zimmer
<input type="checkbox"/> 3 - 3.5 Zimmer	<input type="checkbox"/> 4 - 4.5 Zimmer
<input type="checkbox"/> mehr als 5 Zimmer	

Haben Sie eine Haftpflichtversicherung?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Leben Kinder in Ihrem Haushalt? Ja Nein
Falls ja, wie viele: _____

Leben weitere Erwachsene in Ihrem Haushalt, die nicht zur Unterstützungseinheit gehören? Ja Nein
→ Falls ja, **Personalien aller im gleichen Haushalt lebenden Personen** angeben

Name/Vorname

Beziehung

(z.B. Mutter der Ehegattin/des Ehegatten, Grossvater der Partnerin/des Partners, gemeinsames volljähriges Kind, Freund/Freundin)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Von Mitarbeitenden der Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen auszufüllen

Entschädigung Haushaltsführung geprüft? Ja Nein

Arbeit

Arbeiten Sie? Ja Nein

Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann?
Ihre Partnerin/Ihr Partner? Ja Nein

Sind Sie angestellt?

Ja

Nein

Arbeitgeber/in: _____

Beschäftigungsgrad: ____%

Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann?
Ihre Partnerin/Ihr Partner?

Ja

Nein

Arbeitgeber/in:

Beschäftigungsgrad: ____%

Haben Sie mehrere
Arbeitgeber/innen?

Ja

Nein

Falls ja, welche:

Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann?
Ihre Partnerin/Ihr Partner?

Ja

Nein

Falls ja, welche:

Sind Sie selbstständig, haben eine
eigene Firma oder eine
Firmenbeteiligung?

Ja

Nein

Firma: _____

Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann?
Ihre Partnerin/Ihr Partner?

Ja

Nein

Firma: _____

Sind Sie arbeitsfähig?

Ja

Nein

Teilweise

Falls teilweise, Arbeitsfähigkeit: ____%

Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann?
Ihre Partnerin/Ihr Partner?

Ja

Nein

Teilweise

Falls teilweise, Arbeitsfähigkeit: ____%

Einnahmen

			Antragsstellende Person	Ehefrau/Ehemann Partnerin/Partner	Minderjährige Kinder
	Ja	Nein			
Lohn (Netto, inkl. 13. Monatslohn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Arbeitslosen-/Unfall-/Kranken-/IV-Taggelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Renten (AHV, IV, BVG, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Alimente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Kinder-/Ausbildungszulagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Stipendien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Andere Einnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Vermögen

			Antragsstellende Person	Ehefrau/Ehemann Partnerin/Partner	Minderjährige Kinder
	Ja	Nein			
Bargeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Bank-/Postkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Wertschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Freizügigkeitsguthaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Vorsorgekonten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Liegenschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Motorfahrzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Offene Ansprüche (Lohn, Erbschaft etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Erhaltene Schenkung in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Darlehen an Dritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Andere Vermögenwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Schulden

	Ja	Nein	Antragsstellende Person	Ehefrau/Ehemann Partnerin/Partner	Minderjährige Kinder
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Mietzins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Sonstige Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Zahladresse

Auf welches Konto sollen allfällige Sozialhilfeleistungen überwiesen werden?

Name der Bank

Bemerkung: Im Zentrum werden Sozialhilfeleistungen bar ausbezahlt.

Konto-Nr./IBAN

Postkonto

Erklärung antragsstellende Person

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Fragen im Formular verstanden und wahrheitsgemäss ausgefüllt haben.

Luzern, den _____

Unterschrift antragsstellende Person

Unterschrift Ehefrau/Ehemann /
Partnerin/Partner

Bitte unterschreiben Sie das Formular erst an Ihrem Gesprächstermin bei der Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen.

Erklärung dolmetschende Person

Die übersetzende Person bestätigt, dass sie vollständig und wahrheitsgetreu übersetzt hat und zur Kenntnis nimmt, dass sie an das Amtsgeheimnis gebunden ist.

Luzern, den _____

Name dolmetschende Person

Unterschrift dolmetschende Person
