

## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_