|  |
| --- |
| Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen Stab |
|

‍

|  |
| --- |
| Rückerstattungsantrag für die Kosten der wirtschaftlichen Sozialhilfe für Flüchtlinge und vorläufig aufgenommene Personen, die sich noch nicht zehn Jahre in der Schweiz aufhalten (§§ 14 und 17 der Kantonalen Asylverordnung, SRL Nr. 892b) |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Dokument an nachfolgende Adresse:

Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen

**Stab**

Brünigstrasse 25

Postfach 2544

6002 Luzern

Gemeinde:

Ansprechperson:

Telefon direkt:

E-Mail:

**1. Dossiertragende Person** **(**Familienname bitte in Grossbuchstaben)

NAME Vorname:

Geburtsdatum (Tag.Monat.Jahr):

Datum Einreise in die Schweiz:

Bewilligung:

**2. Alle im gleichen Haushalt lebenden Personen des Sozialhilfedossiers** (Ehegattin/Ehegatte, Partnerin/Partner, Kinder, weitere Personen)

NAME Vorname:

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj):

Datum Einreise in die Schweiz:

Bewilligung:

NAME Vorname:

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj):

Datum Einreise in die Schweiz:

Bewilligung:

NAME Vorname:

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj):

Datum Einreise in die Schweiz:

Bewilligung:

NAME Vorname:

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj):

Datum Einreise in die Schweiz:

Bewilligung:

NAME Vorname:

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj):

Datum Einreise in die Schweiz:

Bewilligung:

**3. Wohnsitzverhältnisse der gesuchstellenden Personen**

Wohnsitz:

**4. Unterstützungsbeginn**

**5. Kopfquote**

Die Haushaltsgrösse besteht aus  Personen.

**6. Kostenersatzpflicht des Kantons (§§ 14 und 17 Kantonale Asylverordnung)**

Die Kosten der wirtschaftlichen Sozialhilfe für  Personen gehen zu Lasten des Kantons Luzern. Dies gilt bis zum Ablauf der Zuständigkeitsperiode (zehn Jahre nach Einreise in die Schweiz) oder bis zum Wechsel der Zuständigkeit aus anderen Gründen.

Die meldende Sozialhilfebehörde verpflichtet sich, unverzüglich Leistungspflichten Dritter (Verwandte, Sozialversicherungen, etc.) abzuklären und finanzielle Leistungen Dritter dem Kanton Luzern unaufgefordert mittels Auszahlung oder Verrechnung zukommen zu lassen.

Sozialamt

      ……………………………..

Ort, Datum Unterschrift

Beilagen:

* Budget (zwingend)
* Weitere, nämlich: