**Antrag auf wirtschaftliche Sozialhilfe**

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und lesen die Merkblätter aufmerksam durch. Sie erhalten nach Eingang der vollständigen Unterlagen kurzfristig einen Termin bei der für Sie zuständigen Sozialarbeiterin.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien A** | | | | |
|  | **Antragssteller/in** | | **Partner/in (Ehe- oder Lebenspartner/in)** | |
| Name |  | |  | |
| Vorname |  | |  | |
| Geschlecht | männlich  weiblich | | männlich  weiblich | |
| Geburtsdatum |  | |  | |
| Zivilstand | ledig  Konkubinat  verheiratet  geschieden  getrennt  verwitwet  eingetragene Partnerschaft  Zivilstand seit | | ledig  Konkubinat  verheiratet  geschieden  getrennt  verwitwet  eingetragene Partnerschaft  Zivilstand seit | |
| Strasse / Nr. | / | | / | |
| PLZ / Ort | / | | / | |
| Telefon / Natel |  |  |  |  |
| E-Mail |  | |  | |
| Heimatort |  | |  | |
| Nationalität |  | |  | |
| Aufenthalts-Bewilligung | B-Bewilligung  C-Bewilligung  andere  Grund der Bewilligung | | B-Bewilligung  C-Bewilligung  andere  Grund der Bewilligung | |
| Einreise in die Schweiz | am (Datum)  von (Ort) | | am (Datum)  von (Ort) | |
| Zuzug in die Gemeinde | am (Datum)  von (Ort) | | am (Datum)  von (Ort) | |

|  |
| --- |
| **Wohnsituation B** |
| **Wer wohnt im gleichen Haushalt?**  Ehepartner/in  Konkubinatspartner/in  Person aus eingetragener Partnerschaft  Kinder  andere Haushaltsangehörige z.B. Eltern, Geschwister, Mitbewohner/innen **(bitte Teil E ausfüllen)**  niemand  **Hat ein Haushaltsmitglied schon mal Sozialhilfe bezogen?**  ja  nein  wer  wann |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien Kinder** (zur Berechnung des Budgets und zur Klärung der Verwandtenunterstützung) **C** | | |
|  | 1. **Kind** | 1. **Kind** |
| Wohnt das Kind im selben Haushalt? | ja  nein (bitte Adresse angeben) | ja  nein (bitte Adresse angeben) |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geschlecht | männlich  weiblich | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum |  |  |
| Zivilstand |  |  |
| Telefon / Natel |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Heimatort |  |  |
| Nationalität |  |  |
| Schule / Lehre / Arbeit |  |  |
| Einkommen | Fr.  (z.B. Lohn, Rente, ALV-Taggelder…) | Fr.  (z.B. Lohn, Rente, ALV, Taggelder…) |
| Vermögen | Fr.  (z.B. Bargeld, Sparkonti, Lebensversicherung, Auto, Wertgegenstände, Immobilien…) | Fr.  (z.B. Bargeld, Sparkonti, Lebensversicherung, Auto, Wertgegenstände, Immobilien…) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. **Kind** | 1. **Kind** |
| Wohnt das Kind im selben Haushalt? | ja  nein (bitte Adresse angeben) | ja  nein (bitte Adresse angeben) |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geschlecht | männlich  weiblich | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum |  |  |
| Zivilstand |  |  |
| Telefon / Natel |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Heimatort |  |  |
| Nationalität |  |  |
| Schule / Lehre / Arbeit |  |  |
| Einkommen | Fr.  (z.B. Lohn, Rente, ALV-Taggelder…) | Fr.  (z.B. Lohn, Rente, ALV, Taggelder…) |
| Vermögen | Fr.  (z.B. Bargeld, Sparkonti, Lebensversicherung, Auto, Wertgegenstände, Immobilien…) | Fr.  (z.B. Bargeld, Sparkonti, Lebensversicherung, Auto, Wertgegenstände, Immobilien…) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien Eltern und Grosseltern** (zur Klärung der Verwandtenunterstützung)  **D** | | |
|  | **Mutter der antragstellenden Person** | **Vater der antragsstellenden Person** |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Strasse / Nr. |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |
|  | **Mutter des Partners / der Partnerin** | **Vater des Partners / der Partnerin** |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Strasse / Nr. |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grosseltern der antragsstellenden Person (väterlicherseits)** | |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Strasse / Nr. |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |
|  | **Grosseltern der antragsstellenden Person (mütterlicherseits)** | |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Strasse / Nr. |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |
|  | **Grosseltern des Partners / der Partnerin (väterlicherseits)** | |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Strasse / Nr. |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |
|  | **Grosseltern des Partners / der Partnerin (mütterlicherseits)** | |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Strasse / Nr. |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien anderer Haushaltsangehörige** (nur ausfüllen, falls im Teil B angekreuzt) **E** | | |
|  | 1. **Person** | 1. **Person** |
|  | Eltern  Geschwister  Mitbewohner  andere | Eltern  Geschwister  Mitbewohner  andere |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Geschlecht | männlich  weiblich | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum |  |  |
| Tätigkeit / Arbeit |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 1. **Person** | 1. **Person** |
|  | | Eltern  Geschwister  Mitbewohner  andere | Eltern  Geschwister  Mitbewohner  andere |
| Name | |  |  |
| Vorname | |  |  |
| Geschlecht | | männlich  weiblich | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum | |  |  |
| Tätigkeit / Arbeit |  | |  |

|  |
| --- |
| **Kindes- oder Erwachsenenschutz-Massnahmen F** |
| **Besteht eine Kindes- oder Erwachsenenschutz-Massnahme?**  ja  nein  für wen  Art der Massnahme  Mandatsträger/in |

|  |
| --- |
| **Ausbildung / Erwerbssituation G** |
| **G1) Angaben zur Ausbildung** |
| **Haben Sie einen Schulabschluss?**  **Antragssteller/in**  ja  nein  Lehrabschluss als       Abschlussjahr  Studium als       Abschlussjahr  Weitere Ausbildungen als       Abschlussjahr  **Partner/in**  ja  nein  Lehrabschluss als       Abschlussjahr  Studium als       Abschlussjahr  Weitere Ausbildungen als       Abschlussjahr |
| **G2) Angaben zur Erwerbssituation** |
| **Letzte drei Arbeitsstellen der antragsstellenden Person**  1.       von       bis  2.       von       bis  3.       von       bis |

|  |
| --- |
| **Letzte drei Arbeitsstellen des Partners / der Partnerin** |
| 1.       von       bis  2.       von       bis  3.       von       bis |
| **G3) Angaben zur Arbeitsfähigkeit** |
| **Sind Sie zurzeit arbeitsfähig?**  **Antragssteller/in**  ja  nein  Falls nein, bitte Zusatzfragen beantworten  **Partner/in**  ja  nein  **Antragssteller/in Partner/in**  **Sind Sie wegen Krankheit arbeitsunfähig?**  ja  nein  ja  nein  (bitte Arztzeugnis beilegen)  **Beziehen Sie Leistungen der Krankenversicherung?**  ja  nein  ja  nein  (bitte Leistungsabrechnung beilegen) seit wann? seit wann?    **Sind Sie wegen Unfall arbeitsunfähig?**  ja  nein  ja  nein  (bitte Arztzeugnis beilegen)  **Beziehen Sie Leistungen der Unfallversicherung?**  ja  nein  ja  nein  (bitte Leistungsabrechnung beilegen) seit wann? seit wann?    **Sind Sie bei der Invalidenversicherung angemeldet?**  ja  nein  ja  nein   (bitte IV-Anmeldebestätigung oder Rente-/Taggeldverfügung beilegen) |
| **G4) Angaben zur Arbeitslosigkeit** |
| **Sind Sie zurzeit arbeitslos?**  **Antragssteller/in**  ja  nein  Falls ja, bitte Zusatzfragen beantworten  **Partner/in**  ja  nein  **Antragssteller/in Partner/in**  **Sind Sie beim RAV angemeldet?**  ja  nein  ja  nein  (bitte Kopie Anmeldebestätigung/Taggeld-Verfügung beilegen)  **Sind Sie ausgesteuert?**  ja  nein  ja  nein  (bitte Kopie Verfügung beilegen) seit wann? seit wann? |

|  |
| --- |
| **Einkommen / Vermögen / Schulden H** |
| **H1) Einkommensverhältnisse** |
| **Haben Sie zurzeit Einkünfte?**  Falls ja, bitte Zusatzfragen beantworten  **Antragssteller/in**  ja  nein  **Partner/in**  ja  nein  **Antragssteller/in Partner/in**  **Fr. / Monat Fr. / Monat**  Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit   (inkl. 13. Monatslohn) Fr.       Fr. |
| **Antragssteller/in Partner/in**  **Fr. / Monat Fr. / Monat**  Einkommen aus selbständiger Tätigkeit Fr.       Fr.  Arbeitslosentaggeld Fr.       Fr.  AHV-/IV-Rente Fr.       Fr.  Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV-/IV-Rente Fr.       Fr.  Pensionskassenrente Fr.       Fr.  Unterhaltsbeiträge (z.B. Alimente) Fr.       Fr.  Familienzulagen (Kinder- oder Ausbildungszulagen) Fr.       Fr.  Stipendien Fr.       Fr.  Krankentaggeld Fr.       Fr.  Unfalltaggeld Fr.       Fr.  andere Einkommen       Fr.       Fr. |
| **H2) Vermögenswerte** |
| **Haben Sie Vermögen?**  **Antragssteller/in Partner/in Fr. / Monat Fr. / Monat**  Bargeld Fr.       Fr.  Gesamtbetrag aller Bank-/Postkonti  (bitte Kontoauszüge der letzten 3 Monate beilegen) Fr.       Fr.  Freizügigkeitskonto (bitte Kontoauszug beilegen) Fr.       Fr.  Lebensversicherung (bitte Police beilegen) Fr.       Fr.  Erbanwartschaften / Anteile unverteilter Erbschaften Fr.       Fr.  andere Wertgegenstände (z.B. Schmuck, Kunstgegenstände,  Sammlungen, Schliessfach…)       Fr.       Fr.        Fr.       Fr. |
| **Besitzen Sie ein Auto?**  **Antragssteller/in**  ja  nein  Kaufdatum       Km-Stand  heutiger Wert       Kontrollschild  **Partner/in**  ja  nein  Kaufdatum       Km-Stand  heutiger Wert       Kontrollschild |
| **Besitzen Sie Wohn- oder Grundeigentum (Schweiz/Ausland)?** (z.B. Liegenschaften, Miteigentumsanteile, Stockwerkeigentum, Grundstück...)  **Antragssteller/in**  ja  nein  Objekt  PLZ / Ort / Land  Wert in Fr. |

|  |
| --- |
| **Partner/in**  ja  nein  Objekt  PLZ / Ort / Land  Wert in Fr. |
| **H3) Schuldensituation** |
| **Haben Sie Schulden? (nur von der antragsstellenden Person auszufüllen)**  **Antragssteller/in**  ja  nein  ausstehende Mieten Fr.  ausstehende Krankenkassenprämien/Leistungsabrechnungen Fr.  laufende Betreibungen Fr.  andere Schulden Fr. |

|  |
| --- |
| **Persönliche Stellungnahme der antragsstellenden Person I** |

|  |
| --- |
| **Kurze Beschreibung Ihres Problems** |
|  |
| **Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Situation zu verbessern?** |
|  |
| **Was sind Ihre Erwartungen an den Sozialdienst?** |
|  |
| **Weitere Bemerkungen** |
|  |

|  |
| --- |
| **Ihre Bank-/Postverbindung J** |
| Bank / Post (Name / Ort)  IBAN  Kontoinhaber/in |

Ich erkläre, die vorhergehenden Fragen vollumfänglich und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Inanspruchnahme öffentlicher Unterstützung unter unwahren oder unvollständigen Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und die bezogenen Unterstützungen zurückgefordert werden. Alle Veränderungen in den angegebenen Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnissen habe ich unaufgefordert dem Sozialdienst bekannt zu geben, so. z.B. auch den Bezug von Renten, Versicherungsleistungen, Krankengeldern oder Unterstützungen von dritter Seite.

Mir ist bewusst, dass die erhaltenen Unterstützungen zurückzuerstatten sind, sobald sich meine finanziellen Verhältnisse verbessert haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Verwandten (volljährige Kinder, Eltern und Grosseltern) grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind (Art. 328/329 ZGB) und die Verwandtenunterstützung geprüft wird.

Ich bestätige, die Richtlinien über die Gewährung der Sozialhilfe erhalten und den Inhalt verstanden und zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragssteller/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Ehepartner/in

|  |
| --- |
| **Unterlagen zum Antrag K** |
| **Bitte legen Sie folgende Unterlagen dem Antrag bei**:  **Merkblätter**  gelesenes und unterschriebenes Merkblatt für Sozialhilfeempfangende  gelesenes und unterschriebenes Merkblatt für Sozialhilfeempfangende, die ein Motorfahrzeug besitzen  gelesenes und unterschriebenes Merkblatt für unrechtmässigen Bezug von Sozialhilfe  **Miete**  aktueller Mietvertrag  evtl. letzte Mietzinsänderung  **Krankenkasse/Versicherungen**  aktuelle Krankenversicherungspolice  aktuelle Prämienrechnung der Krankenkasse  Versicherungspolicen über Hausrat- und Haftpflichtversicherungen  **Renten/ALV/Taggelder**  Verfügungen über gezahlte Renten (AHV, IV, EL, PK)  Anmeldebestätigung RAV  Verfügung über Arbeitslosentaggeld  Verfügung über Kranken- oder Unfalltaggeld  **Arbeit/Lohn**  Lohnabrechnungen der letzten drei Monate  Arbeitsvertrag / Lehrvertrag  evtl. aktuelles Kündigungsschreiben  bei Arbeitsunfähigkeit: aktuelles Arztzeugnis  **Finanzen**  Bankauszüge aller Konti der letzten drei Monate (Schweiz und Ausland)  Letzte Steuerveranlagung  Unterlagen zu Liegenschaften in der Schweiz und im Ausland   (Grundbuchauszug und Liegenschaftsschätzung)  **Unterhalt**  Trennungs- bzw. Scheidungsurteil  Unterhaltsvertrag / Unterlagen über Alimentenbevorschussung  **Fahrzeug**  Fahrzeugausweis  **Ausweis**  Identitätskarte / Ausländerausweis |

Bitte reichen Sie den vollständig ausgefüllten Sozialhilfeantrag mit den Unterlagen an den zuständigen Sozialdienst ein:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sozialdienst Uri Nord**  **Tellsgasse 25**  **6460 Altdorf**  **041 874 12 31**  [**sozialdienst@altdorf.ch**](mailto:sozialdienst@altdorf.ch)  [**www.sozialdienst-uri-nord.ch**](http://www.sozialdienst-uri-nord.ch)  zuständig für die Gemeinden Altdorf, Attinghausen, Bauen, Flüelen, Isenthal, Seedorf, Seelisberg und Sisikon | **Sozialdienst Urner Oberland**  **Gotthardstrasse 99**  **6472 Erstfeld**  **041 882 01 41**  [**sozialdienst@erstfeld.ch**](mailto:sozialdienst@erstfeld.ch)  [**www.erstfeld.ch**](http://www.erstfeld.ch)  zuständig für die Gemeinden Erstfeld, Silenen Gurtnellen, Wassen, Göschenen, Andermatt, Hospental und Realp | **Sozialdienst Uri Ost**  **Dorfplatz 1**  **6467 Schattdorf**  **041 874 04 63**  [**sozialdienst@uri-ost.ch**](mailto:sozialdienst@uri-ost.ch)  [**www.schattdorf.ch**](http://www.schattdorf.ch)  zuständig für die Gemeinden Schattdorf, Bürglen und Spiringen |