

## Sozialhilfeantrag: Ukraine

→ Dieses Formular ist wahrheitsgetreu und lückenlos auszufüllen!

→ Unvollständige Anträge ab Eingang, Datum: \_\_\_\_\_, werden nach 30 Tagen entsorgt!

PERSONALIEN	Gesuchsteller/Gesuchstellerin	Ehepartner/Ehepartnerin Eingetragene Partnerschaft
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name		
Vorname		
Strasse, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon		
Mobile		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Sozialversicherungs-Nr.		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt seit:..... <input type="checkbox"/> geschieden seit: .....	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt seit:..... <input type="checkbox"/> geschieden seit: .....

Staatsangehörigkeit		
Status S	Gültig ab: _____	Gültig ab: _____
Deutschkenntnisse Muttersprache Dolmetscher notwendig	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession		
Datum der Einreise in die Schweiz		

Getrennt oder geschiedene Ehepartner/Ehepartnerin	
Name und Vorname	_____
Adresse und Wohnort	_____
Geburtsdatum	_____
Heimatzugehörigkeit	_____
Datum der Eheschliessung	_____
Datum tatsächlicher Trennung	_____
Datum Scheidung	_____

Personalien Kinder <u>im</u> gleichen Haushalt				
	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Heimatzugehörigkeit				
Sozialversicherungs-Nr.				
Tätigkeit (Schule, Lehre, Arbeit etc.)				

Eltern GesuchstellerIn	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Strasse, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Geb.-Datum, ( † )		
Heimatzugehörigkeit		

Die Gastfamilie	
Name, Vorname	
Weitere Personen der Gastfamilie	
Strasse, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Wohnen dort seit	



## Fragenbogen für das Bundesamt für Statistik

Um Ihre Lebenssituation erfassen zu können, benötigen wir von Ihnen zu folgenden Punkten Auskunft. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen genau auszufüllen. DANKE.

Kreuzen Sie bitte Ihre höchste abgeschlossen Ausbildung an			
<input type="checkbox"/>	Kein Abschluss (Schule/Lehre)	<input type="checkbox"/>	Maturitätsschule, DMS, HMS, FMS
<input type="checkbox"/>	Obligatorische Schule	<input type="checkbox"/>	Höher Fach- und Berufsausbildung
<input type="checkbox"/>	Anlehre	<input type="checkbox"/>	Universität / Fachhochschule
<input type="checkbox"/>	Berufslehre / Berufsschule	<input type="checkbox"/>	Nicht feststellbar, unbekannt

Erwerbssituation			
<input type="checkbox"/>	Angestellt	<input type="checkbox"/>	Auf Stellensuche, beim ALA gemeldet
<input type="checkbox"/>	Angestellt bei einr Temporärfirma	<input type="checkbox"/>	Auf Stellensuche, beim ALA nicht gemeldet
<input type="checkbox"/>	Angestellt in eigener Firma	<input type="checkbox"/>	Ausgesteuert beim Arbeitslosenamt (ALA)
<input type="checkbox"/>	Befristete Anstellung	<input type="checkbox"/>	Haushalts, familiäre Gründe
<input type="checkbox"/>	Arbeit auf Abruf	<input type="checkbox"/>	Rente (AHV, IV, SUVA usw)
<input type="checkbox"/>	Gelegenheitsarbeiten	<input type="checkbox"/>	Vorübergehend arbeitsunfähig
<input type="checkbox"/>	Selbständig	<input type="checkbox"/>	Keine Chance auf dem Arbeitsmarkt
<input type="checkbox"/>	In der Lehre	<input type="checkbox"/>	Anderes:
<input type="checkbox"/>	In Aus- / Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	

Beschäftigungsgrad			
<input type="checkbox"/>	Vollzeit, 90 % und mehr	<input type="checkbox"/>	Vollzeit- und Teilzeitstellen
<input type="checkbox"/>	Teilzeit 50 % bis 89 %	<input type="checkbox"/>	Weiss nicht
<input type="checkbox"/>	Teilzeit bis 49 %	<input type="checkbox"/>	Anzahl Stunden pro Woche:
<input type="checkbox"/>	Mehrere Teilzeitstellen	<input type="checkbox"/>	Keine regelmässige Arbeitszeit

Grund der Teilzeitbeschäftigung			
<input type="checkbox"/>	In Ausbildung	<input type="checkbox"/>	Haushalt, familiäre Gründe
<input type="checkbox"/>	Behinderung / Unfall	<input type="checkbox"/>	Keine Vollzeitstelle
<input type="checkbox"/>	Krankheit	<input type="checkbox"/>	Anderes:

Arbeitslosigkeit in den letzten 3 Jahren	
<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	Einmal
<input type="checkbox"/>	Mehrmals
<input type="checkbox"/>	Dreimal und mehr
<input type="checkbox"/>	Weiss nicht

Ausgesteuert	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	In Abklärung
<input type="checkbox"/>	Ausgesteuert seit:

## Bescheinigung

Ich/Wir bescheinige hiermit, dass die Angaben gegenüber der Sozialhilfe ZSTH im Sozialhilfe Antrag vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich/Wir nehme zur Kenntnis, dass ich/wir gesetzlich verpflichtet bin, allfällige Änderungen der finanziellen und persönlichen Verhältnisse umgehend der Sozialhilfe ZSTH zu melden.

Ich/Wir nehme ferner zur Kenntnis, dass falsche oder unvollständige Angaben sowie das Nichtmelden von Änderungen zu einer Rückforderung der Unterstützungsleistungen führen und allenfalls strafrechtliche Folgen haben könnten.

Gesuchsteller/Gesuchstellerin	
Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Datum	

Ehepartner/Ehepartnerin Eingetragene Partnerschaft	
Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Datum	



Intern: einscannen

## Vollmacht

Ich erkläre meine Einwilligung, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialen Dienste Thierstein, Passwangstrasse 33, 4226 Breitenbach bei folgenden Amtsstellen: **RAV, AWA, IV-Stellen, Spitäler, Ausgleichskassen, Krankenkassen, MFK, etc.** Auskünfte geben und Informationen einholen dürfen.

Ich erkläre meine Einwilligung, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialen Dienste Thierstein, Passwangstrasse 33, 4226 Breitenbach bei **Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Ämtern, Anwälten, Versicherungen, Banken, behandelnde Ärzten** Auskünfte einholen und Informationen weitergeben dürfen, welche für die Bearbeitung des Dossiers zwingend notwendig sind.

**Auskünfte Dritter werden nur soweit beansprucht, als diese für die Überprüfung meiner Anspruchsberechtigung und der Dossierbearbeitung notwendig sind.**

**Ich entbinde die kontaktierten Stellen vom Berufs- und Amtsgeheimnis und ermächtige sie, soweit sie nicht bereits gesetzlich dazu verpflichtet sind, der Sozialhilfe meines Wohnortes die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.**

Ebenso bescheinige ich, das **MERKBLATT „Orientierung des Hilfesuchenden über seine Rechte und Pflichten“** mit den mir aufgeführten massgeblichen Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches verstanden zu haben.

Gesuchsteller/Gesuchstellerin	
Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Geb.-Datum	
AHV-Nummer	
Datum	

Ehepartner/Ehepartnerin, Eingetragene Partnerschaft	
Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Geb.-Datum	
AHV-Nummer	
Datum	

# Інструкція Органів соціального забезпечення щодо прав та обов'язків осіб які звертаються за допомогою

## 1. Початкова ситуація

Ви звернулися за соціальною допомогою у зв'язку з Вашою особистою ситуацією. Ця інструкція надає Вам інформацію про найважливіші права та обов'язки. У самодекларації, яка також додається, Ви маєте підтвердити своє поточне матеріальне становище. Органи соціального забезпечення будуть час від часу перевіряти подані Вами дані.

## 2. Обов'язок надавати відомості та обов'язок повідомляти про зміни

Для розгляду Вашого права на отримання соціальної допомоги Ви повинні повністю розкрити інформацію про свої доходи і фінансове становище, надати достовірні відомості, які Органи соціального забезпечення визнають необхідними і забезпечити доступ до відповідних письмових документів. Тому Ви зобов'язані **правдиво** і в **повному обсязі** відповісти на питання наступні самодекларації.

Органи соціального забезпечення також мають право за потреби наводити довідки у третіх осіб. Як правило, Ви будете проінформовані про це заздалегідь. Крім того, соціальні служби уповноважені сповіщати у податкові органи про статус осіб, що перебувають на соціальному забезпеченні, та їх дані. Кantonальне міграційне відомство також повідомляється стосовно іноземців, отримуючих соціальну допомогу.

Зі зміною особистих обставин, нарахована допомога підлягає перерахунку. Тому Ви зобов'язані негайно повідомити нас, зокрема, про наступні зміни:

- ⇒ Звільнення чи втрата роботи
- ⇒ Зміни розміру заробітної плати
- ⇒ Виплата пенсій або страховок (у тому числі пенсійного забезпечення за старістю та трудову пенсію)
- ⇒ Зміни у складі сімейства
- ⇒ Отримання прибутку, коштів за дарчими або з благодійності, отримання спадщини (як з-за кордону, так і всередині країни)
- ⇒ Зміни фінансового стану в цілому
- ⇒ Зміна місця проживання та орендної плати за житло
- ⇒ Виїзд та перебування за кордоном

## 3. Дотримання розпоряджень та накладення санкцій

Для надання фінансової допомоги Вам можуть бути висунуті умови та розпорядження, які забезпечують правильне використання отриманих коштів або поліпшення Вашого фінансового стану та стану Ваших родичів. Якщо Ви не виконуєте вказівки Органів соціального забезпечення і, наприклад, незважаючи на попередження, ігноруєте умови або розпорядження, чи використовуєте допомогу не за призначенням. Ваші посібники можуть бути зменшені у розмірі або скасовані.

## 4. Презалік страхових виплат

Якщо посібники AHV/IV/EL (Пенсія за віком/Пенсія по інвалідності/Додаткові посібники) або інші страхові виплати, що будуть нараховані пізніше за той же період, у який була надана соціальна допомога, посібники соціальної допомоги розглядається як авансові виплати в межах максимальної суми наступних виплат. Вони підлягають поверненню та перераховуються безпосередньо з відповідними закладами соціального страхування. Ми залишаємо за собою право задовольнити запити від інших офіційних постачальників послуг.



### 5. **Обов'язок відшкодування у разі законного отримання допомоги**

Ви повинні відшкодувати отримані виплати соціальної допомоги, якщо Ви опинилися у сприятливих фінансових обставинах. У разі нереалізованих активів будуть потрібні гарантія або підписання зобов'язання щодо погашення (див. окрему форму). Претензія на відшкодування втрачається через 10 років з моменту останньої виплати. Термін дії вимоги про відшкодування збитків до Ваших спадкоємців спливає протягом двох років після Вашої смерті. Спадкоємці несуть солідарну відповідальність; їх відповідальність обмежена обсягом спадщини. Якщо відшкодування означатиме великі фінансові труднощі для Вас або Ваших спадкоємців, вимога про відшкодування може бути повністю або частково скасована.

### 6. **Незаконне отримання: обов'язок повернути грошову суму, наслідки відповідно до кримінального законодавства та законодавства про іноземців**

Якщо ви незаконно отримували соціальну допомогу, ви повинні її відшкодувати. Шахрайство у сфері соціальної допомоги (ст.146 Швейцарського кримінального кодекса StGB), незаконне отримання виплат із соціальної допомоги (ст.148а п.1 Швейцарського кримінального кодекса StGB) та неналежне використання отриманих коштів караються за законом. Передбачено покарання у вигляді штрафів та ув'язнення. Іноземним громадянам також загрожує примусова депортація зі Швейцарії (ст.66а Швейцарського кримінального кодекса StGB).

### 7. **Підтримка родичів**

Відповідно до ст. 328 і далі Цивільного кодексу Швейцарії (ZGB) родичі повинні надавати одне одному підтримку. Відповідно до Закону про соціальне забезпечення, Управління соціального забезпечення - Департамент соціальної допомоги та надання притулку - зобов'язані перевірити, чи можуть Ваші родичі зробити свій внесок у Вашому забезпеченні.

### 8. **Розкриття, інформація про правові засоби захисту, право на апеляцію**

Рішення про надання, відмову, скорочення або скасування соціальної допомоги, а також пов'язані з ними умови та директиви, повинні бути доведені до Вашого відома письмово із зазначенням причин та інструкціями про те, як подати заяву на апеляцію. Апеляцію на рішення місцевих Органів соціальної допомоги Ви можете подати до Департаменту внутрішніх справ кантону Золотурн протягом 10 днів.

### 9. **Самодекларування стосовно доходів та майна**

Самодекларація має бути заповнена заявником **особисто**, також вказуючи фінансове становище чоловіка чи дружини та неповнолітніх дітей. Повнолітні діти або пари, які не перебувають у шлюбі, повинні окремо заповнити цю декларацію з метою отримання соціальної допомоги.

9а) Чи маєте Ви, Ваш чоловік або Ваші діти оплачувану роботу? Чи займаєтесь Ви підприємницькою діяльністю?

Ні  Так, загальна сума місячного доходу: \_\_\_\_\_

Роботодавець: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9b) Чи є на даний час у Вас, у Вашого чоловіка/Вашої дружини або Ваших дітей інші доходи, подані, але не розглянуті заяви на отримання допомоги чи інших виплат?

Пенсія за віком (AHV)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Пенсія по інвалідності (IV)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Добові по інвалідності (IV)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:

Компенсація у разі постійного значного збитку фізичної чи психічної цілісності (IV)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Додаткові посібники (EL)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Страхове відшкодування EO/MV (Положення про відшкодування доходів, страхування військово-службовців)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Добові з безробіття (ALV), компенсація при неплатоспроможності	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Трудова пенсія за лінією пенсійного фонду (BVG)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Добові на випадок хвороби	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Добові у зв'язку з нещасним випадком	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Пенсія у зв'язку з нещасним випадком (напр. SUVA)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Допомога з безпорадності (HE)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Пенсія вдови/вдівця, сироти чи дитини	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Інші пенсії (наприклад іноземні)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Допомога з материнства	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Подружні аліменти/стягнення	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Допомога на дітей/авансові платежі	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Додаткові посібники для сім'ї	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Посібники для сім'ї	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Стипендії	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Індивідуальні знижки на страхові внески	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Добровільна фінансова допомога від родичів чи знайомих	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Інші добровільні виплати (наприклад, від установ, фондів, організацій з надання допомоги)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Виплати, пов'язані із відшкодуванням збитків	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Заборгованість із виплати заробітної плати	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Допомога постраждалим	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> на розгляді	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:
Інші прибутки	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, у розмірі	Особа:



9c) Вкажіть всі Ваші діючі поштові або банківські рахунки в Швейцарії та за кордоном, оформлені на Ваше ім'я, ім'я Вашого чоловіка/Вашої дружини або Ваших дітей:

Власник рахунку	Назва банку/місце	IBAN або номер рахунку	Поточний залишок

9d) Скільки готівки на даний час є у Вас, Вашого чоловіка/Вашої дружини та Ваших дітей?

Заявник: Fr. \_\_\_\_\_ Чоловік/дружина: Fr. \_\_\_\_\_ Діти: Fr. \_\_\_\_\_

9e) Чи є у Вас, Вашого чоловіка/Вашої дружини чи Ваших дітей якісь інші активи чи майнові позови?

Цінні папери (наприклад, акції, облігації, пайові сертифікати)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Цінні речі (наприклад, золото, цінні ювелірні вироби/картини/предмети мистецтва)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Рахунок пенсійних накопичень/активи пенсійного фонду	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Приватне пенсійне забезпечення компонент 3(a)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Страхування життя компонент 3(b)	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Позови на нерозподілену спадщину	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Позики, надані третім особам	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:
Інше	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, наступні:

9f) Чи є у Вас, Вашого чоловіка/Вашої дружини чи Ваших дітей права на нерухомість (будинок, землю чи квартиру) у Швейцарії або за кордоном? Чи отримуєте Ви дохід від них шляхом здачі в оренду або лізинг?

Ні  Так, наступні:

Дохід від оренди/лізингу: Fr. \_\_\_\_\_

Місце/адреса:	Кадастровий номер:	Ринкова вартість: Fr.
Місце/адреса:	Кадастровий номер:	Ринкова вартість: Fr.

9g) Володієте чи користуєтеся Ви, Ваш чоловік/Ваша дружина або Ваші діти транспортним засобом (наприклад, автомобілем, мотоциклом чи іншими транспортними засобами)?

Ні  Так, наступні:

Марка, тип: _____ _____	Рік випуска: _____ Пробіг, км: _____	<input type="checkbox"/> Власність, закупівельна ціна: _____ <input type="checkbox"/> Користування, ім'я власника: _____ <input type="checkbox"/> Лізинг, відсотки з лізингу: _____
Марка, тип: _____ _____	Рік випуска: _____ Пробіг, км: _____	<input type="checkbox"/> Власність, закупівельна ціна: _____ <input type="checkbox"/> Користування, ім'я власника: _____ <input type="checkbox"/> Лізинг, відсотки з лізингу: _____

Інша важлива інформація, доповнення або коментарі стосовно доходів та активів:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Нижчепідписана особа (особи)

Заявник: \_\_\_\_\_  
(Прізвище, ім'я друкованими літерами)

Дата народження: \_\_\_\_\_

Чоловік/дружина: \_\_\_\_\_  
(Прізвище, ім'я друкованими літерами)

Дата народження: \_\_\_\_\_

підтверджує/підтверджують своїм підписом, що зрозумів(ла)/зрозуміли питання самодекларації та відповів(ла)/відповіли на них правдиво, повністю та з усвідомленням кримінальної відповідальності за подану неправдиву та/або неповну інформацію. Вони також підтверджують своїм підписом, що прочитали і зрозуміли цю інструкцію:

\_\_\_\_\_

Місце, дата

\_\_\_\_\_

Підпис заявника

\_\_\_\_\_

Місце, дата

\_\_\_\_\_

Підпис чоловіка/дружини

(обидва, чоловік та дружина; для осіб з обмеженою дієздатністю підписує законний представник)



Заповнюється Органом соціального забезпечення**Durch den Sozialdienst auszufüllen**

Formular wurde durch die antragsstellende Person eigenhändig ausgefüllt: Ja  Nein

Wenn Nein, bitte Begründung angeben:

Formular wurde der antragsstellenden Person übersetzt: Ja  Nein

Formular wurde in der folgenden Sprache abgegeben: \_\_\_\_\_

Wenn ja, in welcher Sprache und durch wen (Vorname, Name, Adresse)?

\_\_\_\_\_

Name, Datum und Unterschrift der Sachbearbeiterin / des Sachbearbeiters

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

# Meldung über Sozialhilfe nicht realisierbares Vermögen

Geschäfts-Nr. Kt. SO	
Gemeinde	

Amt für soziale Sicherheit  
Sozialhilfe und Asyl  
Ambassadorshof  
4509 Solothurn

## Rückerstattungsverpflichtung bei nicht realisierbarem Vermögen

Wenn ein Hilfesuchender Grundeigentum oder andere Vermögenswerte in erheblichem Umfang besitzt, deren Realisierung ihm nicht möglich oder nicht zumutbar ist, wird die Unterzeichnung einer Rückerstattungsverpflichtung verlangt. Vermögenswerte gelten als nicht realisierbar, wenn der Hilfeempfänger auf sie angewiesen ist, eine Darlehensaufnahme nicht möglich oder aus Gründen der Zinslast nicht zumutbar ist, ferner wenn kein angemessener Preis erzielt werden kann oder andere wichtige Gründe eine Realisierung als unzumutbar erscheinen lassen.

Der Anspruch auf Kostenübernahme kann erst bei der Liquidierung des Vermögens, spätestens jedoch im Erbgang geltend gemacht werden.

Die Forderung aus der Unterzeichnung einer Rückerstattungsverpflichtung ist wenn möglich pfandrechtlich sicherzustellen.

Die unterzeichnende(n) Person(en)

1.	Name und Vorname	
2.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	
3.	Wohnort (PLZ, Gemeinde, Adresse)	

erklärt / erklären hiermit, folgende Vermögenswerte gegenwärtig nicht realisieren zu können:

4.	Vermögenswerte / Grundstücke (Gemeinde und GB-Nr.)
5.	Begründung / Bemerkungen

Er verpflichtet sich / Sie verpflichten sich hiermit, die bezogenen Sozialhilfeleistungen ganz oder teilweise zurückzuerstatten, sobald diese Vermögenswerte realisiert werden.

Er nimmt / Sie nehmen davon Kenntnis, dass das Amt für soziale Sicherheit diese Rückerstattungsverpflichtung zu genehmigen hat und dass diese wenn möglich pfandrechtlich sicherzustellen ist.

Ort, Datum

....., den .....

Unterschrift(en):

.....

(beide Ehegatten; für Entmündigte unterzeichnet der gesetzliche Vertreter)

- Original für ASO, Sozialhilfe und Asyl
- Kopien für Sozialhilfekommission / Sozialamt und Hilfeempfänger

Muss zwingend mit JA oder Nein ausgefüllt werden.



Weitere wichtige Informationen, Ergänzungen oder Bemerkungen zu Einkommen und Vermögen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die unterzeichnende(n) Person(en)

GesuchstellerIn: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname in Blockschrift)

EhepartnerIn: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname in Blockschrift)

bestätigt/bestätigen hiermit mit ihrer Unterschrift, die Fragen zur Selbstdeklaration verstanden zu haben und wahrheitsgetreu, vollständig und in Kenntnis der Strafbarkeit wahrheitswidriger und/oder unvollständiger Angaben beantwortet zu haben. Die unterzeichnende Person bestätigt ebenfalls, die Orientierung gelesen und verstanden zu haben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift GesuchstellerIn

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift EhepartnerIn

(beide Ehegatten; für Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit unterzeichnet der gesetzliche Vertreter)

**Durch den Sozialdienst auszufüllen**

Formular wurde durch die antragsstellende Person eigenhändig ausgefüllt: Ja  Nein

Wenn Nein, bitte Begründung angeben:

Formular wurde der antragsstellenden Person übersetzt: Ja  Nein

Formular wurde in der folgenden Sprache abgegeben: \_\_\_\_\_

Wenn ja, in welcher Sprache und durch wen (Vorname, Name, Adresse)?

\_\_\_\_\_

Name, Datum und Unterschrift der Sachbearbeiterin / des Sachbearbeiters

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: