

UNTERSTÜTZUNGSGESUCH SOZIALHILFE

Ihr Antrag kann von den Sozialen Diensten erst behandelt werden, wenn das Gesuch sowie die notwendigen Unterlagen vorliegen. Der Anspruch für Sozialhilfe entsteht ab Einreichung des Gesuches, wenn die Bedürftigkeit nachgewiesen ist.

PERSONALIEN	Gesuchstellende	Ehepartner/Ehepartnerin Eingetragene Partnerschaft
Geschlecht		
Name		
Vorname		
Name vor Heirat		
Strasse, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon / Mobile		
E-Mail		
Geburtsdatum		
AHV-Nr.		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> freiwillig getrennt seit: <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt seit: <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft seit: <input type="checkbox"/> getrennt seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> freiwillig getrennt seit: <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt seit: <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft seit: <input type="checkbox"/> getrennt seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
Nationalität		
Muttersprache		
Deutschkenntnisse		
Heimatort		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> FL B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> VA FL <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> andere gültig bis: _____	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> FL B <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> VA FL <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> andere gültig bis: _____
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Erlerner Beruf		
Einreise in die Schweiz woher / Datum		

Zuzug in Kt. SO woher / Datum				
Zuzug in die Ge- meindewoher / Da- tum				
Beruf (erlernt)				
Aktuelle berufliche Situation				
Letzter Arbeitgeber	Von / bis wann:		Von / bis wann	

KINDER	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
AHV-Nr.				
Zivilstand				
Heimatort				
Nationalität				
Tätigkeit (Schule, Lehre, Arbeit etc.)				
Im gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Besteht eine Kindes- oder Erwachsenenschutzmassnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name, Vorname Beistand/Beiständin		

ELTERN	Gesuchstellende		Ehepartner/Ehepartnerin Eingetragene Partnerschaft	
	Vater	Mutter	Vater	Mutter
Name				
Vorname				
Strasse, Haus-Nr.				
PLZ, Ort				
Geb.-Datum, (†)				
AHV-Nr.				
Zivilstand				
Heimatort				
Nationalität				
Im gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Andere Personen im selben Haushalt (z.B. KonkubinatspartnerIn, Verwandte, Wohngemeinschaft)

Name, Vorname	
Geb.-Datum	
AHV-Nr.	
Heimatort	
Nationalität	
Beziehung	<input type="checkbox"/> Konkubinat seit <input type="checkbox"/> andere

Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Untermiete	<input type="checkbox"/> Pension/Hotel
	<input type="checkbox"/> gratis Unterkunft	<input type="checkbox"/> Wohneigentum	<input type="checkbox"/> ohne Unterkunft
	<input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung (begleitetes Wohnen, Alters- und Pflegeheim)		
	<input type="checkbox"/> anderes		

Grund Ihrer Sozialhilfe-Anmeldung?

Frühere Sozialhilfeunterstützung
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja von: _____ bis: _____ wo: _____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Prämienverbilligung

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.

Gesuchstellende Person	
Name, Vorname (Blockschrift)	
Unterschrift	
Geb.-Datum	
AHV-Nummer	
Datum	

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

Orientierung der Sozialhilfe über Rechte und Pflichten der Hilfesuchenden

1. Ausgangslage

Sie haben aufgrund Ihrer persönlichen Situation Sozialhilfeleistungen beantragt. Diese Orientierung informiert Sie über die wichtigsten Rechte und Pflichten. In der ebenfalls enthaltenen Selbstdeklaration bestätigen Sie Ihre aktuellen finanziellen Verhältnisse. Ihre Angaben werden periodisch überprüft.

2. Auskunftspflicht und Meldepflicht

Damit der Sozialhilfeanspruch geprüft werden kann, müssen Sie Ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse lückenlos offenlegen und sämtliche als erforderlich erachteten Auskünfte wahrheitsgetreu erteilen und Einblick in schriftliche Unterlagen gewähren. Sie sind daher verpflichtet, die Fragen in der nachfolgenden Selbstdeklaration **wahrheitsgetreu** und **vollständig** zu beantworten. Die Sozialhilfeorgane sind zudem berechtigt, nötigenfalls bei Dritten Auskünfte einzuholen. In der Regel sind Sie vorgängig darüber zu orientieren. Zudem ist der Sozialdienst ermächtigt, den Steuerbehörden den Status und Daten von sozialhilfeabhängigen Personen mitzuteilen. Der Sozialhilfebezug von Ausländerinnen und Ausländern wird dem kantonalen Migrationsamt mitgeteilt.

Verändern sich Ihre Verhältnisse, muss die Hilfe neu berechnet werden. Deshalb sind Sie verpflichtet, uns insbesondere folgende Änderungen umgehend zu melden:

- ⇒ *Aufnahme oder Verlust der Arbeit*
- ⇒ *Änderungen Ihres Arbeitslohns*
- ⇒ *Bezüge aus Renten oder Versicherungen (inkl. Altersvorsorge und beruflicher Vorsorge)*
- ⇒ *Änderung der Haushaltzusammensetzung*
- ⇒ *Gewinne, Schenkungen und Erbschaften (aus dem Aus- wie Inland)*
- ⇒ *Generelle Vermögensveränderungen*
- ⇒ *Wohnungswechsel und Mietzinsänderungen*
- ⇒ *Auslandaufenthalte*

3. Befolgung von Anordnungen und Sanktionen

Die wirtschaftliche Hilfe kann mit Auflagen und Weisungen verbunden werden. Diese müssen geeignet sein, die richtige Verwendung der Beiträge zu sichern oder Ihre Lage und die Ihrer Angehörigen zu verbessern. Wer Anordnungen der Sozialhilfeorgane nicht befolgt, z.B. Auflagen oder Weisungen missachtet oder Leistungen trotz Mahnung unzweckmässig verwendet, dem können die Leistungen gekürzt oder gestrichen werden.

4. Verrechnung von Versicherungsleistungen

Werden für die gleiche Zeitdauer der Sozialhilfeunterstützung Leistungen der AHV/IV/EL oder andere Versicherungsleistungen nachbezahlt, gelten die Leistungen der Sozialhilfe bis maximal zur Höhe der Nachzahlungen als Vorschussleistungen. Diese sind rückerstattungspflichtig und werden direkt mit der entsprechenden Sozialversicherung verrechnet. Vorbehalten bleiben Verrechnungsanträge anderer gesetzlicher Leistungserbringer.

5. Rückerstattungspflicht bei rechtmässigem Bezug

Sie haben bezogene Sozialhilfeleistungen zurückzuerstatten, wenn Sie in finanziell günstige Verhältnisse gelangen. Bei nicht realisierbarem Vermögen wird die Sicherstellung bzw. die Unterzeichnung einer Rückerstattungsverpflichtung verlangt (siehe separates Formular). Der Rückerstattungsanspruch ist Ihnen gegenüber nach 10 Jahren seit der letzten Hilfeleistung verwirkt. Gegenüber Ihren Erben verjährt der Rückerstattungsanspruch innerhalb von zwei Jahren seit Ihrem Tod. Die Erben haften solidarisch; ihre Haftung ist auf den Umfang des Nachlasses beschränkt. Bedeutet die Rückerstattung für Sie oder Ihre Erben eine grosse Härte, kann von der Rückforderung ganz oder teilweise abgesehen werden.

6. Unrechtmässiger Bezug: Rückerstattungspflicht, straf- und ausländerrechtliche Folgen

Wenn Sie Sozialhilfe unrechtmässig bezogen haben, müssen Sie die erhaltene Leistung zurückerstatten. Betrug (Art. 146 StGB) im Bereich der Sozialhilfe, unrechtmässiger Bezug von Leistungen der Sozialhilfe (Art. 148a Abs. 1 StGB) und zweckwidrige Verwendung der Sozialhilfe sind strafbar. Es drohen Geld- und Freiheitsstrafen. Bei Ausländerinnen und Ausländern droht zudem die obligatorische Ausweisung aus der Schweiz (Art. 66a StGB).

7. Verwandtenunterstützung

Gemäss Art. 328 ff. ZGB müssen Verwandte einander unterstützen. Nach dem Sozialgesetz ist das Amt für soziale Sicherheit, Abteilung Sozialhilfe und Asyl verpflichtet zu überprüfen, ob Ihre Verwandten einen Beitrag an die Unterstützung leisten können.

8. Eröffnung, Rechtsmittelbelehrung, Beschwerderecht

Beschlüsse über Gewährung, Verweigerung, Kürzung oder Streichung von Sozialhilfeleistungen und die damit zusammenhängenden Auflagen und Weisungen sind Ihnen mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung schriftlich zu eröffnen. Gegen die Beschlüsse der örtlichen Sozialhilfeorgane können Sie innert 10 Tagen beim Departement des Innern des Kantons Solothurn Beschwerde erheben.

9. Selbstdeklaration bezüglich Einkommens- und Vermögenswerte

Die Selbstdeklaration ist durch die antragsstellende Person **eigenhändig** auszufüllen und bezieht sich auch auf die Situation der Ehepartnerin, des Ehepartners und der minderjährigen Kinder. Volljährige Kinder oder unverheiratete Paare haben die gesamte Orientierung der Sozialhilfe separat auszufüllen.

9a) Gehen Sie, Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder zurzeit einer bezahlten Arbeit nach? Sind Sie selbständig erwerbstätig?

Nein Ja, Total Höhe der monatlichen Einkünfte: _____

Arbeitgeber: _____

9b) Haben Sie, Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder derzeit sonstige Einnahmen oder sind Leistungsansprüche momentan angemeldet, aber noch ausstehend?

Altersrente (AHV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Invalidenrente (IV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
IV-Taggeld (IV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Integritätsentschädigung (IV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Ergänzungsleistungen (EL)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Leistungen EO / MV (Erwerbsersatzordnung, Militärversicherung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Arbeitslosentaggelder (ALV), Insolvenzenschädigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Pensionskassenrente (BVG)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:

Krankentaggeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Unfalltaggeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Unfallrente (z.B. SUVA)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Hilflosenentschädigung (HE)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Witwen-, Waisen- oder Kinderrente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
andere Renten (z.B. ausländische)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Mutterschaftsentschädigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Ehegattenalimente / Inkasso	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Kinderalimente / Bevorschussung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Familienergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Familienzulagen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Stipendien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Individuelle Prämienvergünstigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Freiwillige Unterstützung von Verwandten oder Bekannten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Andere freiwillige Leistungen (z.B. von Stiftungen, Fonds, Hilfswerken)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Haftpflichtleistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Ausstehende Lohnzahlungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Opferhilfe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
andere Einnahmen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:

9c) Geben Sie alle Ihre zurzeit aktiven Post- oder Bankkonti in der Schweiz und im Ausland an, welche auf Sie, Ihren Ehepartner oder Ihre Kinder lauten:

InhaberIn	Name der Bank / Ort	IBAN oder Konto-Nr.	Aktueller Saldo

9d) Wie viel Bargeld besitzen Sie, Ihr Ehepartner und Ihre Kinder aktuell?

Gesuchstellende Person: Fr. _____ Ehepartner/in: Fr. _____ Kinder: Fr. _____

9e) Besitzen Sie, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder weitere Vermögenswerte oder Ansprüche?

Wertschriften (z.B. Aktien, Obligationen, Anteil- scheine)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Wertsachen (z.B. Gold, wertvoller Schmuck/ Bilder/Kunstgegenstände)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Freizügigkeitskonto / Pensionskassen- gelder	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Private Vorsorge Säule 3a	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Lebensversicherung Säule 3b	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Ansprüche auf unverteilte Erbschaften	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Gewährte Darlehen an Dritte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Andere:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

9f) Haben Sie, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder in der Schweiz oder im Ausland Rechte an Immobilien (Haus, Land oder Eigentumswohnung)? Generieren Sie daraus Pacht- oder Mietzinseinnahmen?

Nein Ja, folgende: Pacht-/Mietzinseinnahmen: Fr. _____

Ort:	Grundbuch-Nr.	Verkehrswert: Fr.
Ort:	Grundbuch-Nr.	Verkehrswert: Fr.

9g) Besitzen oder benutzen Sie, Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder ein Fahrzeug (z.B. Auto, Motorrad oder andere Fahrzeuge)?

Nein Ja, folgende:

Marke, _____	Typ: _____	Jahrgang: _____	<input type="checkbox"/> Besitz, Kaufpreis: _____
		Km-Stand: _____	<input type="checkbox"/> Benutzung, BesitzerIn: _____
			<input type="checkbox"/> Leasing, Leasingzins: _____
Marke, _____	Typ: _____	Jahrgang: _____	<input type="checkbox"/> Besitz, Kaufpreis: _____
		Km-Stand: _____	<input type="checkbox"/> Benutzung, BesitzerIn: _____
			<input type="checkbox"/> Leasing, Leasingzins: _____

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

Die unterzeichnende(n) Person(en)

GesuchstellerIn: _____
(Name, Vorname in Blockschrift)

Geburtsdatum: _____

EhepartnerIn: _____
(Name, Vorname in Blockschrift)

Geburtsdatum: _____

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: