

Sozialhilfeantrag

Anmeldedatum:	Datum Erstgespräch:	Zust. SozialarbeiterIn:
----------------------	----------------------------	--------------------------------

1. Personalien AntragstellerIn

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:	Heimatort/Heimatstaat:		
Adresse:	Telefon Festnetz:		
	Mobil:		
Im Kanton Bern wohnhaft seit:	E-Mail:		
Zuzug von:			
Zivilstand:			
Bei Trennung/Scheidung: ist Trennungsvereinbarung/Scheidungsurteil vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bei AusländerInnen:			
Aufenthaltsstatus:	gültig von	bis	. Einreise in die CH:

2. EhepartnerIn, KonkubinatspartnerIn

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Heimatort/Heimatstaat:
Bei AusländerInnen: Aufenthaltsstatus:	Einreise in die CH: gültig
bis:	
AHV-Nr.	
Telefon Festnetz:	
Telefon Mobil:	
E-Mail:	

3. Kinder (unter 18 Jahren, im gemeinsamen Haushalt)

Name:	Vorname:	Geb.datum:
Name:	Vorname:	Geb.datum:
Name:	Vorname:	Geb.datum:
Name:	Vorname:	Geb.datum:

4. Weitere Personen im gemeinsamen Haushalt (inkl. Kinder über 18 Jahre)

Name:	Vorname:	Geb.datum:
Name:	Vorname:	Geb.datum:

5. Weitere Kinder ausserhalb vom gemeinsamen Haushalt (inkl. Kinder über 18 Jahre)

Name:	Vorname:	Geb.datum:	Aufenth.Ort.
Name:	Vorname:	Geb.datum:	Aufenth.Ort.

6. Wichtige Bezugspersonen

Hausarzt/Hausärztin:

Behandelnder Zahnarzt:

7. Wohnsituation

<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Untermiete Anzahl Zimmer: Mietzins netto: NK:	Wohneigentum: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung Anzahl Zimmer: Amtl.Wert: Hypothekarzins: NK:
<input type="checkbox"/> ohne feste Unterkunft	
<input type="checkbox"/> Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung vorhanden	

8. Schulen, Ausbildung

AntragstellerIn

Ehe- WohnpartnerIn

Obligat. Schulbildung Abgeschlossen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weiterführende Schulbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?
Berufsausbildung/ Studium	Abschluss: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/> ja, welchen?	Abschluss: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/> ja, welchen?

Pensionskasse: Name: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Höhe: Fr.	Säule 3a Name: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Höhe: Fr.
Wertschriften (Kassenscheine, Obligationen etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? Weitere Vermögenswerte:	Private Lebensversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Versicherungswert: Monatsprämie:
Liegenschaften (nicht selbstbewohnt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> in der CH <input type="checkbox"/> im Ausland Adresse: Amtlicher Wert: Fr.	In Aussicht stehende Guthaben aus Darlehen, Erbschaft, Erbanwartschaften, Anteile an unverteilter Erbschaften, Pensionskasse, Lebensversicherung etc. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche?
Motorfahrzeug/Motorrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Leasingvertrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Marke/Typ: Jahrgang: Km: Anschaffungspreis: Fr. Kennzeichen: Steht Ihnen ein Motorfahrzeug von Drittpersonen zur Verfügung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

11. Einkommen

	Antragsteller	EhepartnerIn	Kind	Kind
Erwerbseinkommen/ Lehrlingslohn (Nettolohn pro Monat)	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Hauswantsentschädigung	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Kinderzulagen für:				
•	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
•	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
•	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.

12. Leistungen Dritter

		Antragsteller	EhepartnerIn	Kinder
Arbeitslosenversicherung (ALV) Anmeldedatum:	Gesuch hängig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheid:	Fr.	Fr.	Fr.
Invalidenversicherung/AHV) Anmeldedatum:	Gesuch hängig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheid:	Fr.	Fr.	Fr.

Ergänzungsleistungen (EL) Anmeldedatum:	Gesuch hängig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheid:	Fr.	Fr.	Fr.
Unfallversicherung (UVG, SUVA) Anmeldedatum:	Gesuch hängig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheid:	Fr.	Fr.	Fr.
Vorsorgeeinrichtung (berufliche, privat), Pensionskassenrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fr.	Fr.	Fr.
Kranken- Unfalltaggelder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fr.	Fr.	Fr.
Ausbildungsbeiträge/Stipendien	Gesuch hängig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheid:	Fr.	Fr.	Fr.
Sonstige Einkommen z.B. Hilflosenentschädigung, ZuDe, Vermögensertrag, freiwillige Zuwendungen, Fonds, Militärversicherung	Gesuch hängig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Entscheid:	Fr.	Fr.	Fr.

13. Alimentenberechtigung (erhaltene Kinderalimente/Frauenalimente)

	Antragsteller	EhepartnerIn	Kind	Kind
Ich oder mein/e PartnerIn erhalten Kinder- und/oder Frauenalimente	Fr.	Fr.	•	•
	Fr.	Fr.	•	•
	Fr.	Fr.	•	•
Datum Scheidungs- Trennungsvereinbarung:				
Besteht ein Alimenteninkasso? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gemeinde:				

14. Unterhalts-/Alimentenverpflichtung (zu zahlende Alimente)

	Antragsteller	EhepartnerIn	Kind	Kind
Ich oder mein/e PartnerIn Sind verpflichtet , Kinder- und/oder Frauenalimente zu bezahlen an	Fr.	Fr.	•	•
	Fr.	Fr.	•	•
	Fr.	Fr.	•	•
	Rückstand: Fr.	Fr.		

15. Schulden/Ausstände

Schulden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Total Fr.						
Bankkredit	Steuern	Leasing	Mietzins	Krankenkasse	Alimente	Andere
Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.

16. Anlass für den Sozialhilfeantrag

Läuft gegen Sie ein Betreibungsverfahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Lohnpfändung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
AHV-Mindestbeiträge der letzten 5 Jahre bezahlt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Weshalb beantragen Sie Sozialhilfe?

Sind Sie oder die im gleichen Haushalt lebenden Familienangehörigen bereits einmal von einem Sozialdienst unterstützt worden?

nein ja

wenn ja wann/wie viele Monate?

von welchem Sozialdienst?

17. Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Situation zu verbessern?**18. Familienangehörige/Abklärung der Verwandtenunterstützungspflicht gem. Art. 328 ZGB**
Eltern

Name/Vorname Vater von AntragstellerIn: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Geburtsdatum: Strasse: Postleitzahl/Ort <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang:	Name/Vorname Mutter von AntragstellerIn: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Geburtsdatum: Strasse: Postleitzahl/Ort <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang:
Vater des/der EhepartnerIn Name/Vorname: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Geburtsdatum: Strasse: Postleitzahl/Ort	Mutter des/der EhepartnerIn Name/Vorname: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Geburtsdatum: Strasse: Postleitzahl/Ort
Sie sind über meine/unsere Verhältnisse orientiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sie sind über meine/unsere Verhältnisse orientiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Volljährige Kinder

des/der AntragstellerIn Name/Vorname: Geburtsdatum: Strasse: Postleitzahl/Ort <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang: Weitere Kinder:	des/der EhepartnerIn Name/Vorname: Geburtsdatum: Strasse: Postleitzahl/Ort <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang: Weitere Kinder:
Sie sind über meine/unsere Verhältnisse orientiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sie sind über meine/unsere Verhältnisse orientiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind die volljährigen Kinder vermögend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind die volljährigen Kinder vermögend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Grosseltern

Haben Sie vermögende Grosseltern väterlicherseits? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sie vermögende Grosseltern mütterlicherseits? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	--

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen verstanden und vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich nehme Folgendes zur Kenntnis:

1. Jede Änderung der angegebenen Einkommens- und Familienverhältnisse muss unverzüglich und unaufgefordert dem Regionalen Sozialdienst gemeldet werden, so z.B. der Bezug von Renten jeglicher Art, Versicherungsleistungen, Krankentaggelder, Unterstützungen von dritter Seite, Änderung der Haushaltsgrösse usw. Ferienabwesenheiten länger als 4 Wochen pro Jahr sind der/dem zuständigen SozialarbeiterIn vorgängig zu melden.
2. Ich anerkenne die Verpflichtung, selbst das Erforderliche zu unternehmen, um eine Bedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern (Art. 28 SHG). Der Sozialdienst kann diesbezüglich Weisungen erteilen, z.B. die Weisung, eine zumutbare Arbeit anzunehmen oder an einer geeigneten Integrationsmassnahme teilzunehmen (Art. 28 SHG). Wenn ich Weisungen und Auflagen des Sozialdienstes nicht erfülle, kann mir die finanzielle Unterstützung nach vorangehender schriftlicher Ankündigung gekürzt werden (Art.36 SHG).
3. Ich anerkenne, dass Sozialhilfeleistungen mit Nachzahlungen von Versicherungsleistungen, zum Beispiel Renten- oder Taggeldzahlungen, verrechnet werden (Art. 40 SHG).

4. Ich anerkenne, dass die finanziellen Leistungen der Sozialhilfe grundsätzlich zurückerstattet werden müssen, wenn ich in günstige Verhältnisse gelange (Erbschaft, Schenkung, Lotteriegewinn und momentan nicht realisierbare Vermögenswerte etc.) und mir die Rückerstattung ohne ernstliche Beeinträchtigung meiner Lebensunterhaltes oder des Unterhalts meiner Familie möglich ist. Unrechtmässig bezogene Sozialhilfeleistungen müssen in jedem Fall zurückerstattet werden, der Sozialdienst behält sich in diesen Situationen eine Strafanzeige vor.
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Verwandten (Eltern/Kinder, Grosseltern) zur finanziellen Hilfe verpflichtet sind (ZGB Art. 328/329). Der Sozialdienst holt bei der Steuerverwaltung die notwendigen Auskünfte über das steuerbare Einkommen und Vermögen ein. Vor einer allfälligen Kontaktaufnahme mit Verwandten werde ich vorgängig informiert.
6. Alle Angaben werden vertraulich behandelt, die Sozialarbeitenden unterstehen dem Amtsgeheimnis. Ich habe das Recht, ein Gesuch um Akteneinsicht zu stellen.
7. Ich habe das Recht, eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen, wenn ich mit einem Entscheid des Sozialdienstes nicht einverstanden bin (Art. 51, Abs.2 SHG). Die Verfügung kann beim Regierungsstatthalter angefochten werden.
8. Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialdienst bei begründetem Verdacht auf unrechtmässigen Leistungsbezug weitere Abklärungen vornehmen kann, angemeldete sowie unangemeldete Abklärungen vor Ort durchführen und Auskünfte bei Drittpersonen einholen kann. Dem Sozialdienst steht die Möglichkeit zu, für diese Abklärungen Sozialinspektoren zu beauftragen. In besonderen Fällen und unter strengen Auflagen ist auch der Einsatz von verdeckten Ermittlungen möglich.
9. Die Grundlage zum Entscheid des vorliegenden Sozialhilfeantrages und zur Bemessung der Sozialhilfe bilden die SKOS-Richtlinien (Art. 8 SHV).

Ort, Datum:

.....
der/die GesuchstellerIn

.....
der/die EhepartnerIn

Aufgenommen am:

.....
der/die SozialarbeiterIn