

Sozialhilfeantrag

Version 04.2024

Anmeldedatum:	Datum Erstgespräch:	Zuständige/r SAR:
---------------	---------------------	-------------------

1. Personalien Antragsteller/in	
Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon Festnetz:
Strasse/Nr.:	Telefon Mobil:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Zuzug von:	Zivilstand:
Im Kt. Bern seit:	Im Konkubinat seit:
Bei Trennung/Scheidung: ist Trennungsvereinbarung/Scheidungsurteil vorhanden? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Bei ausländischen Staatsangehörigen:	
Aufenthaltsstatus:	Einreise in die CH:
Ausweis gültig von:	bis:

2. Personalien Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in / eingetragene Partner/in	
Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon Festnetz:
Strasse/Nr.:	Telefon Mobil:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Zuzug von:	Zivilstand:
Im Kt. Bern seit:	Im Konkubinat seit:
Bei Trennung/Scheidung: ist Trennungsvereinbarung/Scheidungsurteil vorhanden? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Bei ausländischen Staatsangehörigen:	
Aufenthaltsstatus:	Einreise in die CH:
Ausweis gültig von:	bis:

3. Wie viele Personen wohnen insgesamt im gleichen Haushalt?

Anzahl Erwachsene: Anzahl Kinder: Total:

4. Eigene Kinder (unter 18 Jahren, im gemeinsamen Haushalt)

Name: Vorname: Geburtsdatum:

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

Name: Vorname: Geburtsdatum:

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

Name: Adresse:

Vorname: Geburtsdatum:

Name: Adresse:

Vorname: Geburtsdatum:

7. Wichtige Bezugspersonen

Name: Strasse/Nr.:

Telefon: PLZ/Ort:

Beziehung:

Name: Strasse/Nr.:

Telefon: PLZ/Ort:

Beziehung:

Hausarzt:	Strasse/Nr.:
Telefon:	PLZ/Ort:
Zahnarzt:	Strasse/Nr.:
Telefon:	PLZ/Ort:

8. Wohnsituation: <input type="checkbox"/> Mieter/in <input type="checkbox"/> Untermieter/in <input type="checkbox"/> ohne feste Unterkunft
Mietzins: Anzahl Zimmer:
Nebenkosten: <input type="checkbox"/> Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung vorhanden
Bei Wohneigentum: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung
Hypothekarzins: Amtlicher Wert: Amortisation:
Nebenkosten: <input type="checkbox"/> Hausrat- und Privathaftpflichtversicherung vorhanden

9. Schulische Ausbildung
Obligatorische Schule abgeschlossen?
Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Weiterführende Schulbildung?
Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Welche: Welche:
Berufsausbildung / Studium?
Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgebrochen Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgebrochen
Abschluss/Titel: Abschluss/Titel:

10. Arbeitssituation
Sind Sie arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise (Arbeitsfähigkeit%)
Ist Ihr/e Partner/in arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise (Arbeitsfähigkeit%)
Aktuell in einem Arbeitsverhältnis?
Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber:
Tätigkeit/Pensum:

Ihre letzte berufliche Tätigkeit?		
Arbeitgeber:	Lohn/Pensum:	
Tätigkeit:	Angestellt bis:	Letzte Lohnauszahlung:
Letzte berufliche Tätigkeit von Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in?		
Arbeitgeber:	Lohn/Pensum:	
Tätigkeit:	Angestellt bis:	Letzte Lohnauszahlung:

Haben Sie Anspruch auf Arbeitslosengeld? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitslos seit:	Anmeldung RAV erfolgt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Ausgesteuert seit:	<input type="checkbox"/> kein Anspruch
Hat Ihr/e Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in Anspruch auf Arbeitslosengeld? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitslos seit:	Anmeldung RAV erfolgt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Ausgesteuert seit:	<input type="checkbox"/> kein Anspruch
Sind Sie selbständigerwerbend, haben Sie eine eigene Firma oder besitzen Sie Firmenbeteiligungen?	
Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, Branche:	Falls ja, Branche:
Gemeldetes Jahreseinkommen bei AHV-Ausgleichskasse (Beleg beilegen):	
Herabsetzungsgesuch eingereicht? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Selbständigkeit aufgehoben? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	

11. Finanzielle Verhältnisse (jegliche Kontoauszüge sind monatlich abzugeben)		
Es sind zwingend alle Ihre Bank- und Postkonti anzugeben!		
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
Es sind zwingend alle Bank- und Postkonti von Ehepartner/in / Konkubinatspartner/in anzugeben!		
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:
IBAN:	Akt. Kontostand:	Name Bank:

Falls eine Sozialhilfeunterstützung erfolgt, bitte ich um Überweisung auf folgendes Konto:

IBAN-Nr.: Name der Bank:

Verfügen Sie über ein Freizügigkeitskonto der Pensionskasse BVG? ja / nein

Name der Pensionskasse: Guthaben CHF:

Verfügen Sie über die Säule 3a/3b: ja / nein

Name der Versicherung/Bank: Guthaben CHF:

Verfügen Sie über eine private Lebensversicherung: ja / nein

Name der Versicherung: Monatsprämie:

Versicherungswert:

Verfügen Sie über Wertschriften oder Vermögenswerte
(Kassenscheine, Obligationen, Aktien, Kunst, Gold etc.): ja / nein

Falls ja, welche:

Weitere Vermögenswerte:

Sonstige oder in Aussicht stehende Guthaben: ja / nein

aus Darlehen, Pensionskasse, Lebensversicherung, Erbschaft, Anteile aus unverteilt Erbschaften
(z.B. Erbengemeinschaften), Erbanwartschaften (z.B. Verkaufsverträge) etc.

Falls ja, welche:

Besitzen Sie Liegenschaften (nicht selbstbewohnt): ja / nein

Amtlicher Wert in CHF: in der Schweiz / im Ausland

Adresse: PLZ/Ort:

Besitzen Sie ein Motorfahrzeug: ja / nein

Falls ja, ist das Motorfahrzeug geleast? ja / nein

Marke/Typ: Kennzeichen:

Anschaffungspreis CHF: Jahrgang / km:

Besitzen Sie ein Motorrad: ja / nein

Falls ja, ist das Motorfahrzeug geleast? ja / nein

Marke/Typ: Kennzeichen:

Anschaffungspreis CHF: Jahrgang / km:

Besitzen Sie weitere Fahrzeuge wie z.B. weitere Motorfahrzeuge und Motorräder, Töffli, E-Bikes, Anhänger, Traktor etc.?
(jedes Fahrzeug mit Anschaffungspreis, Leasingvertrag, Marke/Typ, Kennzeichen und Jahrgang/km aufführen)

•

•

•

•

•

Steht Ihnen ein Motorfahrzeug von Drittpersonen zur Verfügung? ja / nein
 Falls ja, Fahrzeug mit Anschaffungspreis, Leasingvertrag, Marke/Typ, Kennzeichen und Jahrgang/km aufführen

•

12. Einkommen

Erwerbseinkommen/Lehrlingslohn (Nettolohn) CHF pro Monat:

Antragsteller/in:	Kind:
Ehepartner/in /	Kind:
Konkubinatspartner/in:	Kind:

Familienzulagen (Kinder-/Ausbildungszulagen) CHF pro Monat:

Kind: Betrag: Auszahlung an:

Kind: Betrag: Auszahlung an:

Kind: Betrag: Auszahlung an:

Hauswartentschädigung CHF pro Monat: Person:

13. Leistungen Dritter

Arbeitslosenversicherung (ALV)

Anmeldedatum: Gesuch hängig? ja / nein Entscheid:

Begünstigte Person: Monatlicher Betrag in CHF:

Invalidenversicherung / AHV

Anmeldedatum: Gesuch hängig? ja / nein Entscheid:

Begünstigte Person: Monatlicher Betrag in CHF:

Ergänzungsleistungen (EL)

Anmeldedatum: Gesuch hängig? ja / nein Entscheid:

Begünstigte Person: Monatlicher Betrag in CHF:

Krankentaggelder

Begünstigte Person: Monatlicher Betrag in CHF:

Unfalltaggelder (UVG, SUVA)

Anmeldedatum:	Gesuch hängig? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Entscheid:
Begünstigte Person:	Monatlicher Betrag in CHF:	
Vorsorgeeinrichtung (berufliche, private) Pensionskassenrenten, Lebensversicherung		
Name der Versicherung:	Art der Versicherung:	
Begünstigte Person:	Versicherungswert:	
Ausbildungsbeiträge / Stipendien		
Anmeldedatum:	Gesuch hängig? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Entscheid:
Begünstigte Person:	Betrag in CHF:	
Sonstige Einkommen z.B. Hilfslosenentschädigung, Fonds, ausländische Renten, Militärversicherung, Darlehen, freiwillige Zuwendungen Dritter, Vermögensertrag, etc.		
Art des Einkommens:	Einmaliger Betrag in CHF:	
Begünstigte Person:	Monatlicher Betrag in CHF:	

14. Alimentenberechtigung (erhaltene Kinderalimente/Frauenalimente)	
Erhalten Sie Kinder- und/oder Ehegattenalimente? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Erhält Ihr/e Partner/in Kinder- und/oder Ehegattenalimente? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Besteht ein Alimenteninkasso? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Gemeinde:

15. Unterhalts-/Alimentenverpflichtung (zu zahlende Alimente)	
Sind Sie verpflichtet, Kinder- und/oder Ehegattenalimente zu zahlen? <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:
Monatlicher Betrag in CHF:	für Kind/Person:

Ist Ihr/e Partner/in verpflichtet, Kinder- und/oder Ehegattenalimente zu zahlen? ja / nein

Monatlicher Betrag in CHF: für Kind/Person:

Monatlicher Betrag in CHF: für Kind/Person:

16. Schulden/Ausstände

Führen Sie hier alle Schulden und Ausstände auf:

Bankkredit: Krankenkasse:

Steuern: Alimente:

Leasing: Mietzins:

Andere: Total CHF:

Läuft gegen Sie ein Betreibungsverfahren? ja / nein

Besteht eine Lohnpfändung? ja / nein

17. Anlass für den Sozialhilfeantrag

Weshalb beantragen Sie Sozialhilfe?

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

Falls ja, von welchem Sozialdienst?

Und über welchen Zeitraum? Von bis

18. Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Situation zu verbessern?**19. Familienangehörige / Verwandtenunterstützung**Wenn die aktuelle Adresse unbekannt ist, **muss** die letzte bekannte Adresse angegeben werden!**Vater von Antragsteller/in:** verheiratet geschieden verstorben
 ledig verwitwet

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

 minderjährige Kinder, Jahrgang:**Mutter von Antragsteller/in:** verheiratet geschieden verstorben
 ledig verwitwet

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

 minderjährige Kinder, Jahrgang:

Vater von Ehepartner/in: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet Name: Vorname: Geburtsdatum: Strasse/Nr.: PLZ/Ort: Telefonnummer: <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang:	Mutter von Ehepartner/in: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet Name: Vorname: Geburtsdatum: Strasse/Nr.: PLZ/Ort: Telefonnummer: <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang:
Sind die Eltern von Antragsteller/in über die Verhältnisse orientiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind die Eltern von Ehepartner/in über die Verhältnisse orientiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind die Eltern von Antragsteller/in vermögend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind die Eltern von Ehepartner/in vermögend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Familienangehörige / Verwandtenunterstützung – Volljährige Kinder	
Volljährige Kinder von Antragsteller/in: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet Name: Vorname: Geburtsdatum: Strasse/Nr.: PLZ/Ort: Telefonnummer: <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang: Weitere Kinder:	Volljährige Kinder von Ehepartner/in: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet Name: Vorname: Geburtsdatum: Strasse/Nr.: PLZ/Ort: Telefonnummer: <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder, Jahrgang: Weitere Kinder:
Sind die Kinder von Antragsteller/in über die Verhältnisse orientiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind die Kinder von Ehepartner/in über die Verhältnisse orientiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind die Kinder des/der Antragsteller/in vermögend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind die Kinder des/der Ehepartner/in vermögend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

20. Erklärung und Kenntnisnahme

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

Pflichten

1. Jede Änderung der angegebenen Einkommens- und Familienverhältnisse muss unverzüglich und unaufgefordert dem Regionalen Sozialdienst gemeldet werden, so z.B. Bezug von Renten jeglicher Art, (Vor-) Bezug Freizügigkeitskapital, Versicherungsleistungen, Krankentaggelder, Unterstützungen von dritter Seite, Änderung der Haushaltsgrösse etc.. Ferienabwesenheiten länger als 14 Tage am Stück sind nur mit vorgängiger Bewilligung des Sozialdienstes möglich. Nicht beantragte Ferien oder Ortsabwesenheiten gelten als unbewilligt.
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. Gestützt auf die Mitwirkungspflicht sind Ortsabwesenheiten (insbesondere Ferien) länger als insgesamt 4 Wochen pro Jahr der/dem zuständigen Sozialarbeiter/in vorgängig zu melden.
4. Ich anerkenne, dass Sozialhilfeleistungen mit Nachzahlungen von Versicherungsleistungen, zum Beispiel Renten- oder Taggeldzahlungen, verrechnet werden (Art. 40 SHG).
5. 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 meines Lebensunterhaltes oder des Unterhalts meiner Familie möglich ist.
6. 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.
7. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrechtmässig bezogene Sozialhilfeleistungen in jedem Fall zurückerstattet werden müssen, Der unrechtmässige Bezug von Sozialhilfe gilt als Straftat, die mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe bestraft wird (Art. 148a Strafgesetzbuch StGB). Ein unrechtmässiger Bezug liegt vor, wenn jemand unwahre oder unvollständige Angaben macht, Tatsachen verschweigt oder in irgendeiner Weise die Behörden irreführt oder in einem Irrtum bestärkt.
Für ausländische BürgerInnen ist dies von besonderer Bedeutung, da die Strafbehörde bei einer Verurteilung grundsätzlich immer auch eine Landesverweisung anordnen muss (Art. 66a Abs. 1 Bst. e StGB).
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. Gemäss Art. 8c des Sozialhilfegesetzes des Kantons Bern sind folgende Stellen zur Erteilung mündlicher und schriftlicher Auskünfte an den RSD Schüpfen verpflichtet:
 - Einrichtungen und Organe der Sozialversicherungen (AHV, IV, EL, Krankenkasse, RAV, Arbeitslosenkasse etc.)
 - Behörden des Kantons und der Gemeinden (Steueramt, AHV-Zweigstelle, Einwohnerdienste, Betreibungsamt)
 - Polizeiorgane des Kantons und der Gemeinden
 - Ausländerbehörden
 - Personen, die mit dem/der Gesuchsteller/in in einer Hausgemeinschaft leben oder ihr gegenüber unterhalts- oder unterstützungspflichtig sind
 - Vermieter
 - Arbeitgeber

10. Der Sozialdienst ist gesetzlich dazu verpflichtet, dem Migrationsdienst des Kantons Bern die Ausrichtung von finanziellen Sozialhilfeleistungen an Ausländerinnen und Ausländer zu melden. Der Bezug von finanziellen Sozialhilfeleistungen kann den Entzug der Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung sowie die Rückstufung der Niederlassungsbewilligung durch den Migrationsdienst zur Folge haben (Art. 97 Abs. 3 Bst. d des Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration i.V.m. Art. 82b und BSIG-Weisung vom 25.10.2018 Meldepflicht).

Rechte

11. Alle Angaben werden vertraulich behandelt, die Sozialarbeitenden unterstehen dem Amtsgeheimnis.
Ich habe das Recht, ein Gesuch um Akteneinsicht zu stellen.
12. 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 Regierungsstatthalteramt Seeland, Stadtplatz 33, 3270 Aarberg, angefochten werden.
13. Die Grundlage zum Entscheid des vorliegenden Sozialhilfeantrages und zur Bemessung der Sozialhilfe bilden die SKOS-Richtlinien und die kantonalen Richtlinien (Art. 8 SHV).

Ort, Datum:

der/die Antragsteller/in: der/die Ehepartner/in:

Aufgenommen am: der/die Sozialarbeiter/in:

Entscheid Sozialhilfe: Ja / Nein