

## Gesuch für Sozialhilfe

### 1. Personalien der unterstützten Person (Gesuchsteller/In)

Name, Vorname:				
Adresse:				
PLZ, Wohnort:				EWK
Unterstützungswohnsitz:	(leer lassen)			
Momentaner Aufenthaltsort:				
AHV-Nr.:				
Geburtsdatum:				
Telefon:	P:	G:	Natel:	
Email:				
Zivilstand:				seit:
Heimatort / Kanton:				
Nationalität:			Bewilligung:	Bis:
Erlerner Beruf:				
Letzte abgeschlossene / noch laufende Ausbildung:				
Ausbildung vor Abschluss abgebrochen / Welche:				
Letzte oder gegenwärtige Tätigkeit:				
Branche:				
Beschäftigungsgrad:				

### 2. Personalien des Partners (Ehe- oder KonkubinatspartnerIn)

Name, Vorname:				
Adresse:				
PLZ, Wohnort:				
Unterstützungswohnsitz:	(leer lassen)			
Momentaner Aufenthaltsort:				
AHV-Nr.:				
Geburtsdatum:				
Telefon:	P:	G:	Natel:	
Zivilstand:				seit:

Heimatort / Kanton:		
Nationalität:		Bewilligung:
In der Schweiz seit:		
Erlerner Beruf:		
Letzte abgeschlossene / noch laufende Ausbildung:		
Gegenwärtige Tätigkeit:		
Beschäftigungsgrad:		

### 3. Kinder der unterstützten Person (e = eheliche, a = aussereheliche)

Name, Vorname:	Geb.-Dat.:	Adresse/Wohnort:	Heimatort	Tätigkeit:

### 4. Personalien des geschiedenen oder getrennten Partners

Name, Vorname:		
Adresse:		
PLZ, Wohnort:		
AHV-Nr.:		
Geburtsdatum:		
Heimatort / Kanton:		
Scheidungsdatum:		
Trennungsdatum:	tatsächlich:	gerichtlich:

Verwitwet von: (Name / Vorname)	Todesdatum:

### 5. Sonstige im Haushalt lebende Partner (WohnpartnerIn, UntermieterIn, Wohngemeinschaft)

Name, Vorname:	m/w	Geb.-Dat.:	Tätigkeit:

## 6. Verwandte des/der GesuchstellerIn

### 6.1 Eltern des/der Gesuchsteller/In

Name, Vorname, Adresse, Wohnort:	Geb.-Dat.:

### 6.2 Eltern des Ehegatten

Name, Vorname, Adresse, Wohnort:	Geb.-Dat.:

## 7. Zuzug der unterstützten Person von Gemeinde/Kanton/Land?

Zugezogen von:	Grund.:	Am:
Datum des Einzuges in den Kanton Baselland:		
Datum der Einreise in die Schweiz:		

## 8. Bestehen vormundschaftliche Massnahmen?

Ja  / Nein

<i>Angaben zur vormundschaftlich betreuten Person:</i>	
Name:	
Vorname:	
Art der Massnahme:	
<i>Angaben zum Vormund, Beirat oder Beistand:</i>	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Wohnort:	
<i>Angaben zur zuständigen Vormundschaftsbehörde:</i>	
Vormundschaftsbehörde:	
Adresse:	
PLZ, Wohnort:	
<i>Bezeichnung der Rechtsgrundlage der Massnahme:</i>	
Gesetzesbestimmung (§)	

## 9. Wirtschaftliche Verhältnisse

### 9.1 Einkommen GesuchstellerIn (in Franken pro Monat)

<i>Einkommen:</i>	<i>GesuchstellerIn:</i>	<i>Ehe / Wohnpartner/In:</i>
Lohn (berufliche Tätigkeit)	CHF	CHF
Arbeitslosentaggeld	CHF	CHF
Kranken- / Unfalltaggeld	CHF	CHF
Invaliden- / Unfallrente	CHF	CHF
AHV-Rente	CHF	CHF
Waisen- / Halbwaisenrente	CHF	CHF
Pensionskasse (BVG)	CHF	CHF
Ergänzungsleistungen (EL)	CHF	CHF
Mietzinsbeiträge	CHF	CHF
Prämienverbilligungen (KK)	CHF	CHF
Alimente / Unterhaltsbeiträge	CHF	CHF
Kinderzulagen		
Stipendien	CHF	CHF
Leistungen Verwandte etc.	CHF	CHF
Leistungen von Stiftungen	CHF	CHF
Sonstiges Einkommen		
<b>Total GesuchstellerIn</b>	<b>CHF</b>	<b>CHF</b>

Treffen die Einkommen regelmässig ein?	Ja <input type="radio"/> / Nein <input type="radio"/>		
Sind evtl. Alimentenzahlungen indexiert?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	letztmals per:	
Bestehen Ausstände bezügl. Alimentenzahlungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF	
Werden die Alimente bevorschusst?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Durch wen?	

### 9.2 Einkommen von Kindern (in Franken pro Monat)

Name, Vorname:	Betrag:
	CHF
	CHF

	CHF
--	-----

### 9.3 Ausgaben

Mietzins inkl. Nebenkosten:				CHF
Name der Verwaltung:				
Krankenkassenprämie:	Allgemein: <input type="radio"/>	Halbprivat: <input type="radio"/>	Privat: <input type="radio"/>	CHF
Franchise	CHF			
Name der Krankenkasse				
Unfall eingeschlossen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>			
Andere Zusatzversicherungen?				CHF
Krankentaggeldversicherung Gesuchsteller:	CHF	/ Tg.	CHF	
Krankentaggeldversicherung Partner:	CHF	/ Tg.	CHF	
Lebensversicherung/en:				CHF
Hausrat- / Haftpflichtversicherung:				CHF
Unterhalts-/Alimentenzahlungen an:				CHF
AHV-Mindestbeiträge:				CHF
Leasingraten:				CHF
Weitere Auslagen:				CHF

### 9.4 Vermögenswerte, Guthaben, etc.

Bargeld:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Sparkonto / Sparheft:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Privatkonto:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Andere Konti:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Postkonto:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Kreditkarten:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Welche? VISA / Eurocard / Andere:		
Zu Konto:		
Wertschriften:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Freizügigkeitskonto:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF

3. Säule / Lebensversicherung:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Erbanwartschaft:	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Liegenschaften, Grundstückbesitz? (oder Anteile davon)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
<i>Beschreibung und Ort und der Liegenschaft:</i>		

Sind Motorfahrzeuge vorhanden? In welchem Wert?		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Marke:	Jahrgang:	Wert in CHF:
Marke:	Jahrgang:	Wert in CHF:

Sind andere Vermögenswertevorhanden?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
	Wert in CHF:

### 9.5 Schulden

Best. laufende Kredite mit monatlicher Rückzahlungspflicht?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Bestehen Alimenteschulden?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Ausstehende Krankenkassenausstände?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Steuerschulden?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Abzahlungs-, Miet-/Kaufverträge etc.?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Bestehende Mietzinsausstände?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Bestehende Lohnpfändungen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Andere Schulden (Private etc.)?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF
Sind Eintragungen im Betreibungsregister vorhanden?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	CHF

### 10. Steuern

Steuerbares Einkommen (siehe Steuerrechnung)	Jahr:	CHF
Wurde eine Steuerdeklaration (Steuererklärung) eingereicht?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Wurde ein Steuererlassgesuch eingereicht?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Für die Jahre:
Wurde ein Steuererlassgesuch abgelehnt?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Für die Jahre:

### 11. Arbeitslosigkeit

Sind Sie zur Zeit arbeitslos?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Von wem wurde gekündigt?	Arbeitgeber <input type="radio"/> / Arbeitnehmer <input type="radio"/>

Die Kündigung erfolgte per:	
Wann haben sie das letzte Mal gearbeitet?	
Stempelkontrolle seit:	
Ausgesteuert seit:	
Sind Sie zur Arbeitsvermittlung angemeldet? (Kein Anspruch auf ALV)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

### 11.1 Letzte Arbeitgeber

Name, Adresse:	Anstellungsdauer:
	von:            bis:
	von:            bis:
	von:            bis:

### 11.2 Bestand beim letzten Arbeitgeber eine Versicherung gegen

Krankheit (Taggeldversicherung)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Versicherung:
<i>Evtl. Antrag in Einzelversicherung einreichen (innerhalb 30 Tage nach Kündigung. Evtl. Aufschubzeit auf 30 Tage verkürzen).</i>		

### 11.3 BVG (Pensionskasse)

Wurde seitens des ehem. Arbeitgebers eine Freizügigkeitspolice ausgestellt?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
<i>Für Arbeitnehmer, die nicht sofort eine neue Stelle antreten: Die Versicherung gegen Invalidität und Tod erlischt 30 Tage nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Mit der Freizügigkeitspolice kann eine Versicherung gegen diese Risiken verbunden werden.</i>	

### 12. IV-Anträge

Wurde ein IV-Gesuch eingereicht?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wann?	
Für wen?			
Grund?			
<i>Eine IV-Rente gem. BVG kann geltend gemacht werden, sofern die Krankheit noch während der Dauer des Anstellungsverhältnisses begann.</i>			

**13. Kurze Schilderung der Situation durch den/der GesuchstellerIn**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**14. Was haben Sie bisher unternommen zur Behebung Ihrer Notlage?**

.....
.....
.....

**15. Welche andere Institutionen / Personen / Stellen sind bereits involviert?**

<i>Art der Institution:</i>	<i>Beanspruchung?</i>	<i>Bezeichnung, Name, Ort, (evtl. Tel.-Nr.):</i>
Kirche?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Andere Fürsorgebehörde?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Andere Vormundschaftsbehörde?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Andere soziale Institutionen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Ärzte?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	

**16. Welche Hilfe wünschen Sie von der Sozialberatung?**

.....
.....
.....



**17. Bemerkungen**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.**  
Ich bestätige ausserdem, dass ich über folgenden Sachverhalt informiert bin:

Sozialhilfe erfolgt nur, wenn sämtliche anderen Hilfsquellen ausgeschöpft sind oder versagen. Insbesondere ist die hilfeschende Person verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen, um eine Notlage abzuwenden, zu lindern oder zu beheben und die Dauer der Unterstützung so kurz als möglich zu halten. Während der Sozialhilfeunterstützung müssen sämtliche Veränderungen der finanziellen und persönlichen (soweit relevant) Verhältnisse sofort gemeldet werden.

- Bei Verschweigen der tatsächlichen Verhältnisse wird die Inanspruchnahme von Sozialhilfe als Betrug strafrechtlich verfolgt. Unrechtmässig bezogene Sozialhilfe muss zurückbezahlt werden.

**Unterschrift GesuchstellerIn:**

Name / Vorname GesuchstellerIn: .....

Name / Vorname EhepartnerIn: .....

Ort / Datum: .....



Bahnhofstrasse 30, 4242 Laufen  
Tel.: 061 766 30 30, Fax: 061 766 30 40

Sprechstunden nach Vereinbarung