

## Unterstützungsantrag

Der Sozialdienst behandelt Ihren Antrag, sobald das Formular vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit den eingeforderten Dokumenten vorliegt.

Das Formular und die Unterlagen dienen zur Erhebung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Der Anspruch auf Sozialhilfe entsteht ab Einreichung des Gesuchs, sofern eine Bedürftigkeit nachgewiesen ist.

### 1. Personalien Antragsteller\*in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____
Mobilnummer	_____	E-Mail	_____
Nationalität	_____	Ausweis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> gültig bis _____
Heimatort	_____		
Zuzugsdatum in Kanton Freiburg	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

### Zivilstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____
<input type="checkbox"/> freiwillig getrennt seit _____	<input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt seit _____
<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____

Haben Sie bereits bei einem anderen Sozialdienst Sozialhilfe bezogen?  Ja  Nein

Wenn ja, wann, wie lange, bei welchem Sozialdienst:

\_\_\_\_\_

### 2. Personalien Ehegatte-/in / Konkubinatspartner\*in

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____
Mobilnummer	_____	E-Mail	_____
Nationalität	_____	Ausweis	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> gültig bis _____
Heimatort	_____		
Zuzugsdatum in Kanton Freiburg	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

### Zivilstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____
<input type="checkbox"/> freiwillig getrennt seit _____	<input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt seit _____
<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____

Haben Sie bereits bei einem anderen Sozialdienst Sozialhilfe bezogen?  Ja  Nein

Wenn ja, wann, wie lange, bei welchem Sozialdienst:

\_\_\_\_\_

**3. Kinder in Ausbildung / minderjährige Kinder**

**Kind 1**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Geschlecht  m  w  
Lebt das Kind im gleichen Haushalt  Ja  Nein

**Kind 2**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Geschlecht  m  w  
Lebt das Kind im gleichen Haushalt  Ja  Nein

**Kind 3**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Geschlecht  m  w  
Lebt das Kind im gleichen Haushalt  Ja  Nein

**Bei weiteren Kindern bitte unter Bemerkungen ausfüllen**

**4. Andere Personen im gleichen Haushalt**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Ist die Person mit \*dem/der Antragsteller\*in verwandt  Ja  Nein  
Art des Verwandtschaftsverhältnisses \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Ist die Person mit \*dem/der Antragsteller\*in verwandt  Ja  Nein  
Art des Verwandtschaftsverhältnisses \_\_\_\_\_

**5. Eltern \*des/der Antragstellers/in**

**Antragsteller\*in**

	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ Ort	_____	_____
Geb./Todesdatum	_____	_____

**Partner\*in**

	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ Ort	_____	_____
Geb./Todesdatum	_____	_____

**6. Wichtige Bezugspersonen (anderer Elternteil des Kindes, Hausarzt, Beistand usw.)**

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ Ort	_____
Funktion	_____	Telefon	_____

**7. Erwerbssituation**

**Antragsteller\*in**

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Anstellung als \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber\*in \_\_\_\_\_ Pensum \_\_\_\_\_ %  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Lohn pro Monat CHF \_\_\_\_\_ brutto Ja  Nein   
Befristete Anstellung Ja  Nein  wenn ja, bis \_\_\_\_\_

Arbeitslos seit \_\_\_\_\_ RAV-Anmeldung erfolgt Ja  Nein   
Name und Adresse Arbeitslosenkasse \_\_\_\_\_

**Partner\*in**

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Anstellung als \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Pensum \_\_\_\_\_ %  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Lohn pro Monat CHF \_\_\_\_\_ brutto Ja  Nein   
Befristete Anstellung Ja  Nein  wenn ja, bis \_\_\_\_\_

Arbeitslos seit \_\_\_\_\_ RAV-Anmeldung erfolgt Ja  Nein   
Name und Adresse Arbeitslosenkasse \_\_\_\_\_

**Kind (nur nötig, wenn in Ausbildung und im gleichen Haushalt)**

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Anstellung als \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Pensum \_\_\_\_\_ %  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Lohn pro Monat CHF \_\_\_\_\_ brutto Ja  Nein   
Befristete Anstellung Ja  Nein  wenn ja, bis \_\_\_\_\_

Arbeitslos seit \_\_\_\_\_ RAV angemeldet Ja  Nein   
Name und Adresse Arbeitslosenkasse \_\_\_\_\_

**8. Versicherungen**

<b>Antragsteller*in</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versicherungsgesellschaft</b>
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hausrat- und Haftpflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Partner*in</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versicherungsgesellschaft</b>
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Kind 1</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versicherungsgesellschaft</b>
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Kind 2</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versicherungsgesellschaft</b>
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<b>Kind 3</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versicherungsgesellschaft</b>
Krankenkasse KVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenkasse VVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**9. Wohnverhältnis**

Mieter    Eigentümer    andere (z.B. bei stationärem Aufenthalt)    Untermieter

Name und Adresse Vermieter \_\_\_\_\_

Mietzins monatlich CHF \_\_\_\_\_      Nebenkosten CHF \_\_\_\_\_

Wohnungsgrösse \_\_\_\_\_      Gültig seit \_\_\_\_\_

Anzahl Bewohner\*innen im Haushalt    \_\_\_\_ Erwachsene      \_\_\_\_ Kinder

**10. Vermögen****Fahrzeuge**Ja  Nein 

Fahrzeugmarke \_\_\_\_\_ Kilometerstand \_\_\_\_\_ km Jahrgang \_\_\_\_\_

Fahrzeugmarke \_\_\_\_\_ Kilometerstand \_\_\_\_\_ km Jahrgang \_\_\_\_\_

**Liegenschaften / Wohnungen (auch im Ausland)**Ja  Nein 

Adresse \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_

**Informationen zu allen Bankkonti von allen Personen im Haushalt:**

Kontoinhaber	Bank	IBAN-Nummer	Saldo per Ende des letzten Monats

**11. Schulden**Läuft ein Betreibungsverfahren? Ja  Nein Ist das Einkommen gepfändet? Ja  Nein Haben Sie andere Schulden? Ja  Nein  welche? \_\_\_\_\_**12. sonstige Einkommen**

	Antragsteller*in		Partner*in	
Selbstständige Aktivität	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Arbeitslosenentschädigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krankentaggelder	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Taggelder IV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Taggelder Unfall / SUVA	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mutterschaftsentschädigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Familienzulagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Alimente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Renten IV/AHV/BVG	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stipendien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Einnahmen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**13. Gründe der Hilfsbedürftigkeit (Situationsbeschreibung)**

**14. Bemerkungen**

## 14. Rechte und Pflichten

### **Auskunftspflicht**

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Sozialhilfeleistungen zurückzuerstatten sind. Ich weiss, dass der Bezug von Sozialhilfeleistungen unter unvollständigen und unwahren Angaben über die persönlichen und finanziellen Verhältnisse als Betrug strafrechtlich verfolgt werden kann.

### **Meldepflicht**

Ich verpflichte mich, dem Sozialdienst jegliche Änderung der persönlichen (z.B. Haushaltszusammensetzung, Wohnsitz, Zivilstand) und der finanziellen (z.B. Aufnahme Erwerbstätigkeit, Auszahlung Versicherungsleistungen, Unterstützungen durch Drittpersonen sowie **jegliche Einnahmen (TWINT, egal in welcher Höhe)**) Verhältnisse unverzüglich zu melden.

### **Minderung der Bedürftigkeit (zumutbare Selbsthilfe)**

Ich bin verpflichtet, nach Kräften zur Verminderung und Behebung der Notlage beizutragen. Dies beinhaltet die Suche und Aufnahme einer zumutbaren Erwerbstätigkeit (nicht nur im angestammten Beruf), die Teilnahme an zumutbaren Massnahmen zur beruflichen und/oder sozialen Integration und die Geltendmachung von Rechtsansprüchen auf (Ersatz-)Einkommen (z.B. Lohn Guthaben, Alimente, Versicherungsleistungen).

### **Verwendung der Sozialhilfegelder**

Ich verpflichte mich, die Sozialhilfeleistungen ihrem Zweck entsprechend zu verwenden (z.B. Bezahlung Miete, Krankenkassenprämien, Strom).

### **Rückerstattungspflicht**

Ich gebe die Zustimmung, dass durch den Sozialdienst bevorschusste Leistungen mit rückwirkend eingehenden Zahlungen leistungspflichtiger Versicherungen (z.B. AHV, IV, EL, ALV-Taggelder) oder Dritter verrechnet werden. Es ist mir bewusst, dass die bezogenen Sozialhilfeleistungen rückerstattungspflichtig sind, sobald es die finanziellen Verhältnisse erlauben. Ich weiss, dass die Rückerstattungspflicht auch für Erben bis zum Betrag ihres Anteils an der Erbschaft gilt.

### **Verwandtenunterstützung**

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Verwandten in auf- und absteigender Linie (z.B. Eltern, Kinder) grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind (Art. 328 und 329 ZGB) und der Sozialdienst unter Berücksichtigung der Umstände eine allfällige Beitragsleistung prüft und gegebenenfalls geltend macht.

### **Ferienabwesenheit**

Sozialhilfeempfänger und deren Familienangehörige, die im selben Haushalt wohnen, müssen jede Abwesenheit vom Wohnort, die 5 Tage oder mehr dauert, beim Sozialdienst melden. Nach der 4. Woche wird die Sozialhilfe gekürzt bzw. kein Unterhalt mehr bezahlt.

### **Kürzung oder Einstellung der Sozialhilfeleistungen**

Es ist mir bewusst, dass die Sozialhilfeleistungen gekürzt oder eingestellt werden können, wenn ich meinen Pflichten nicht nachkomme oder Auflagen des Sozialdienstes missachte.

Ich habe das Antragsformular durchgelesen und verstanden. Alle meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgetreu.

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

Unterschrift Antragsteller\*in \_\_\_\_\_

Unterschrift Partner\*in \_\_\_\_\_

## **Abzugebende Dokumente**

### **Amtliche Dokumente**

- ID / Ausweis / Aufenthaltsbewilligung von allen Personen
- Geburtsurkunden der Kinder
- Heiratsurkunde / Trennungs- Scheidungsurteil
- Unterhaltsvertrag (Alimente)
- Ernennungsurkunde Beistandschaft

### **Arbeit / Arbeitslosigkeit**

- Arbeitsvertrag
- Abrechnungen zu sämtlichen Einnahmen der letzten drei Monate  
(Lohnabrechnung oder Abrechnungen der Arbeitslosenkasse / IV / EL usw.)
- Kündigungsschreiben
- Lebenslauf
- Anmeldung RAV
- Verfügung bei Einstelltagen der Arbeitslosenversicherung

### **Vermögen / Schulden**

- Kontoauszug der letzten 3 Monate sämtlicher Konti (auch der Kinder) mit Saldo-Angabe
- Aktuelle Steuerveranlagung
- Fahrzeugausweis
- Belege andere Einnahmen

### **Wohnen**

- Mietvertrag / Hypothekarzins

### **Versicherung / Gesundheit**

- Police der Krankenkassen aller Mitglieder
- Verfügung der individuellen Prämienverbilligung der Krankenkasse
- Police Hausrat- und Haftpflichtversicherung
- Arztzeugnisse
- Verfügung der IV / EL / AHV / Stipendien / 3. Säule /  
Kinderzulagen  Police der anderen Versicherungen
- Rückkaufwert der Lebensversicherung per 31.12. des Vorjahres
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_