

## Antrag für wirtschaftliche Sozialhilfe

### 1. Personalien

|                              | AntragsstellerIn  | EhepartnerIn / PartnerIn  |
|------------------------------|---|---|
| Name                         |   |   |
| Vorname                      |   |   |
| Strasse                      |   |   |
| PLZ/Ort                      |   |   |
| Telefon                      |   |   |
| E-Mail                       |   |   |
| Geburtsdatum                 |   |   |
| Geschlecht                   | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Sozialvers.-Nr.              |   |   |
| Heimat / Nation              |   |   |
| Ausweis                      | gültig bis:   | gültig bis:   |
| Zivilstand                   | seit:   | seit:   |
| Zusammenlebend               | seit:   |   |
| Zuzugsdatum in die Gemeinde  |   |   |
| Einreisedatum in die Schweiz |   |   |
| Zuzugsort / Kanton           |   |   |

Im gleichen Haushalt lebende Kinder:  ja  nein

| Name | Vorname | Geburtsdatum | Sozialvers.-Nr. | Ausweis | Geschlecht  |
|------|---------|--------------|-----------------|---------|---|
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |

Nicht im gleichen Haushalt lebende Kinder:  ja  nein

| Name | Vorname | Geburtsdatum | Sozialvers.-Nr. | Ausweis | Geschlecht  |
|------|---------|--------------|-----------------|---------|---|
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |                 |         | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |

Andere im gleichen Haushalt lebende Personen:  ja  nein

| Name | Vorname | Geburtsdatum | Beziehung | Geschlecht  |
|------|---------|--------------|-----------|---|
|      |         |              |           | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |           | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |           | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
|      |         |              |           | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |

**2. Angaben zu Verwandtenunterstützung**

| <b>Verwandtschaftsgrad</b>                 | <b>AntragsstellerIn</b> | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b> |
|--|-------------------------|---------------------------------|
| <b>Mutter</b>                              | Name, Vorname           |                                 |
|  | Geburtsdatum            |                                 |
|  | Adresse                 |                                 |
| <b>Vater</b>                               | Name, Vorname           |                                 |
|  | Geburtsdatum            |                                 |
|  | Adresse                 |                                 |
| <b>Grossmutter<br/>(mütterlicherseits)</b> | Name, Vorname           |                                 |
|  | Geburtsdatum            |                                 |
|  | Adresse                 |                                 |
| <b>Grossvater<br/>(mütterlicherseits)</b>  | Name, Vorname           |                                 |
|  | Geburtsdatum            |                                 |
|  | Adresse                 |                                 |
| <b>Grossmutter<br/>(väterlicherseits)</b>  | Name, Vorname           |                                 |
|  | Geburtsdatum            |                                 |
|  | Adresse                 |                                 |
| <b>Grossvater<br/>(väterlicherseits)</b>   | Name, Vorname           |                                 |
|  | Geburtsdatum            |                                 |
|  | Adresse                 |                                 |

**Begründete Einwände betreffend Verwandtenunterstützung**

Sollten begründete Einwände gegen die Kontaktaufnahme einzelner oder aller Verwandten (volljährige Kinder, Eltern, Grosseltern) vorhanden sein, bitten wir Sie uns diese nachfolgend mitzuteilen.

---



---



---



---



---

**3. Wohnverhältnis**

Miete       Untermiete       gratis Unterkunft       ohne feste Unterkunft  
 Eigentum       Wohngemeinschaft       Pension, Hotel       stationäre Einrichtung

Mietzins CHF       inkl.  exkl. NK      Nebenkosten CHF  
 Parkplatz, Garage CHF       nein      Anzahl Zimmer  
 Wohnverhältnis seit      Depot CHF      Bezahlt durch

**VermieterIn / stationäre Einrichtung**

Name

Adresse

Telefonnummer

Kontaktperson

**Bisherige Wohnadressen (bis 2 Jahre zurück)**

Strasse Nr, PLZ Ort      von      bis

---



---



---

**4. Finanzen und Vermögen**

|                          | AntragstellerIn |                               | EhepartnerIn / PartnerIn |                               |
|--------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Bargeld                  | CHF             | <input type="checkbox"/> nein | CHF                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Erwerbseinkommen netto   | CHF             | <input type="checkbox"/> nein | CHF                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Zweites Erwerbseinkommen | CHF             | <input type="checkbox"/> nein | CHF                      | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Monatslohn           | CHF             | <input type="checkbox"/> nein | CHF                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Kinderzulagen            | CHF             | <input type="checkbox"/> nein | CHF                      | <input type="checkbox"/> nein |

| Wohneigentum             | AntragstellerIn   | EhepartnerIn / PartnerIn  |
|--------------------------|---|---|
| Wohneigentum vorhanden   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Art                      | <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus<br><input type="checkbox"/> Grundstück | <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus<br><input type="checkbox"/> Grundstück |
| Adresse                  |   |   |
| Fläche                   | m2  | m2  |
| Anzahl Zimmer            |   |   |
| Kaufpreis                | CHF   | CHF   |
| Kaufjahr                 |   |   |
| Hypothekarhöhe           | CHF   | CHF   |
| Hypotekarzins (pro Jahr) | CHF   | CHF   |
| Aktueller Wert           | CHF   | CHF   |
| Letzte Schätzung (Jahr)  |   |   |

**Ansprüche aus:**

| <b>Sozialversicherungen</b>      | <b>AntragstellerIn</b> |                               | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b> |                               |
|----------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Altersrente (AHV)                | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| SUVA-Rente                       | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Pensionskassenrente (BVG)        | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Invalidenrente (IV)              | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| EL / Zusatzleistungen            | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilflosenentschädigung           | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Witwen-, Waisen-,<br>Kinderrente | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Renten                    | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Mutterschaftsentschädigung       | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Kinder-/Ausbildungszulagen       | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |

| <b>Taggelderleistungen</b>    | <b>AntragstellerIn</b> |                               | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b> |                               |
|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Arbeitslosentaggelder         | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenversicherungstaggelder | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Unfallversicherungs-Taggeld   | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Militärtaggeld                | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Taggelder              | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |

| <b>Unterhaltsbeiträge</b>   | <b>AntragstellerIn</b> |                               | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b> |                               |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Alimente Ehegattin/Ehegatte | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Kinderalimente              | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Alimentenbevorschussung     | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Unterhaltsbeiträge   | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |

| <b>Anderes</b> | <b>AntragstellerIn</b> |                               | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b> |                               |
|----------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Stipendien     | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |
| Anderes:       | CHF                    | <input type="checkbox"/> nein | CHF                             | <input type="checkbox"/> nein |

| <b>Aktuell in Abklärung</b> | <b>AntragstellerIn</b> |  | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b> |  |
|-----------------------------|------------------------|--|---------------------------------|--|
|                             |                        |  |                                 |  |

**Erbschaften / Einmalige Entschädigungen (z.B. Genugtuungs- oder Integritätsleistung, etc)**

| Datum | Wer | Was | CHF |
|-------|-----|-----|-----|
|       |     |     |     |

**Einkommen von im gleichen Haushalt lebenden Kindern/Personen (inkl. Stipendien)**

| Name | Art des Einkommens | CHF / Monat |
|------|--------------------|-------------|
|      |                    |             |

| Aktuelles Vermögen   | AntragstellerIn   | EhepartnerIn / PartnerIn                                  |
|--|---|---|
| Pensionskasse (2. Säule)                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Vorzeitige Auszahlung  | CHF <input type="checkbox"/> nein                         | CHF <input type="checkbox"/> nein                         |
| Auszahlung per   |   |   |
| 3.Säule (Lebensversicherung, und / oder Bankkonto)           | Rückkaufswert CHF<br><input type="checkbox"/> nein        | Rückkaufswert CHF<br><input type="checkbox"/> nein        |
| Motorfahrzeug  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Art des Fahrzeuges (Auto, Motorrad, Wohnwagen, Roller, etc.) |   |   |
| Marke, Typ   |   |   |
| 1. Inverkehrssetzung   |   |   |
| Km-Stand   |   |   |
| Kaufdatum  |   |   |
| Aktueller Wert   | CHF   | CHF   |
| Wertschriften (z.B. Aktien, Obligationen)                    | CHF <input type="checkbox"/> nein<br>Art:                 | CHF <input type="checkbox"/> nein<br>Art:                 |
| Tresorfach, Wertsachen (Schmuck, Gold, Pferde, etc.)         | CHF <input type="checkbox"/> nein<br>Art:                 | CHF <input type="checkbox"/> nein<br>Art:                 |
| Geschäftskonto (wenn selbstständig erwerbend)                | CHF <input type="checkbox"/> nein                         | CHF <input type="checkbox"/> nein                         |

**Post- und Bankkonten (inkl. Mietkautionskonto)**

| KontoinhaberIn | Bankname, Post | IBAN-Nr. | Saldo-Datum | CHF |
|----------------|----------------|----------|-------------|-----|
|                |                |          |             |     |
|                |                |          |             |     |
|                |                |          |             |     |
|                |                |          |             |     |

**4. Versicherungen**

| Krankenkasse | Person | KVG | VVG | IPV | Unfall | Franchise |
|--------------|--------|-----|-----|-----|--------|-----------|
|              |        | CHF | CHF | CHF |        | CHF       |
|              |        | CHF | CHF | CHF |        | CHF       |
|              |        | CHF | CHF | CHF |        | CHF       |
|              |        | CHF | CHF | CHF |        | CHF       |
|              |        | CHF | CHF | CHF |        | CHF       |

KVG=Grundversicherung

VVG=Zusatzversicherung

IPV=Individuelle Prämienverbilligung

Name des Versicherers

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Hausrat-/ Haftpflichtversicherung    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebensversicherung                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kranken-/ Unfalltaggeldversicherung. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fahrzeugversicherung                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rechtsschutzversicherung             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### 5. Schulden

|                       | AntragstellerIn   |                               | EhepartnerIn / PartnerIn                                  |                               |
|-----------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| Private Schulden      | CHF   | <input type="checkbox"/> nein | CHF   | <input type="checkbox"/> nein |
| Kreditschulden        | CHF   | <input type="checkbox"/> nein | CHF   | <input type="checkbox"/> nein |
| Mietzinsschulden      | CHF   | <input type="checkbox"/> nein | CHF   | <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenkassenschulden | CHF   | <input type="checkbox"/> nein | CHF   | <input type="checkbox"/> nein |
| Steuerschulden        | CHF   | <input type="checkbox"/> nein | CHF   | <input type="checkbox"/> nein |
| Unterhaltungsschulden | CHF   | <input type="checkbox"/> nein | CHF   | <input type="checkbox"/> nein |
| Leasingverträge       | CHF:<br>Art:  | <input type="checkbox"/> nein | CHF:<br>Art:  | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Schulden       | CHF<br>Art:   | <input type="checkbox"/> nein | CHF<br>Art:   | <input type="checkbox"/> nein |
| Betreibungen          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                               |
| Einkommenspfindung    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                               |

### 7. Erwerbs- und Ausbildungssituation

|   | AntragstellerIn  | EhepartnerIn / PartnerIn   |
|---|--|--|
| Ausbildung bisher                       | <input type="checkbox"/> Schulbesuch weniger als 7 Jahre<br><input type="checkbox"/> obligatorische Schule<br><input type="checkbox"/> Anlehre / Berufsattest<br><input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule<br><input type="checkbox"/> höhere Fach-/Berufsschule<br><input type="checkbox"/> Universität, (Fach)Hochschule  | <input type="checkbox"/> Schulbesuch weniger als 7 Jahre<br><input type="checkbox"/> obligatorische Schule<br><input type="checkbox"/> Anlehre / Berufsattest<br><input type="checkbox"/> Berufslehre, Berufsschule<br><input type="checkbox"/> höhere Fach-/Berufsschule<br><input type="checkbox"/> Universität, (Fach)Hochschule  |
| aktuell in Ausbildung / Studium         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Schule / Ausbildungsstätte (Name / Ort) |  |  |
| Schul-/Studienbeginn                    |  |  |
| Dauer                                   |  |  |
| Abschluss als                           |  |  |
| bereits Erlerner Beruf                  |  |  |
| Aktuelle Erwerbssituation               | <input type="checkbox"/> Festanstellung<br><input type="checkbox"/> Temporäranstellung<br><input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf<br><input type="checkbox"/> selbständig erwerbend<br><input type="checkbox"/> in Praktikum<br><input type="checkbox"/> RenterIn<br><input type="checkbox"/> auf Stellensuche<br><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig<br><input type="checkbox"/> anderes: | <input type="checkbox"/> Festanstellung<br><input type="checkbox"/> Temporäranstellung<br><input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf<br><input type="checkbox"/> selbständig erwerbend<br><input type="checkbox"/> in Praktikum<br><input type="checkbox"/> RenterIn<br><input type="checkbox"/> auf Stellensuche<br><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig<br><input type="checkbox"/> anderes: |
| Adresse des aktuellen Arbeitgebers      |  |  |
| angestellt als                          |  | .  |
| seit                                    |  |  |
| Arbeitspensum %                         |  |  |

| <b>Erwerbslosigkeit</b>                       | <b>AntragstellerIn</b>   | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b>  |
|---|--|--|
| arbeitslos<br>seit                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| beim RAV angemeldet?<br>Anmeldedatum          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Name / Adresse der<br>Arbeitslosenkasse       |  |  |
| Letzte Auszahlung                             | am   | am   |
| Aussteuert                                    | seit <input type="checkbox"/> nein   | seit <input type="checkbox"/> nein   |
| Wie oft arbeitslos in den<br>letzten 3 Jahren | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> einmal<br><input type="checkbox"/> mehrmals | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> einmal<br><input type="checkbox"/> mehrmals |
| Adresse des letzten<br>Arbeitgebers           |  |  |
| angestellt als                                |  |  |
| von / bis                                     |  |  |
| Arbeitspensum %                               |  |  |
| Adresse des letzten<br>Arbeitgebers           |  |  |

**5. Gesundheitliche Situation**

|   | <b>AntragstellerIn</b>                                    | <b>EhepartnerIn / PartnerIn</b>                           |
|---|---|---|
| Leiden Sie an einer psychischen Krankheit?<br>Wenn ja, Diagnose:  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an einer körperlichen Krankheit?<br>Wenn ja, Diagnose: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erlitten Sie einen Unfall?<br>Wenn ja, Vorfall:                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bestehen Suchterkrankungen?<br>Wenn ja, welche?                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Invalidität?<br>Wenn ja, Grad?                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde eine IV-Anmeldung gemacht?<br>Wenn Ja, Datum:               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuständige Person bei der IV / Case Managerin                     |   |   |

**Zusätzliche Bemerkungen**

---



---

**Involvierte Stellen und Fachpersonen**

| Institution / Stelle / Arzt | Name | Adresse, Telefonnummer |
|-----------------------------|------|------------------------|
| Hausarzt                    |      |                        |
|                             |      |                        |
|                             |      |                        |
|                             |      |                        |

**Schilderung der momentanen Situation**

---



---



---



---



---

**Erklärung**

Die unterzeichnenden Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift, das Antragsformular um wirtschaftliche Sozialhilfe des Sozialdienst Bezirk Affoltern vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Wurde beim Ausfüllen des vorliegenden Antragsformulars aktive Hilfestellung von einer Drittperson in Anspruch genommen, so hat die Drittperson als ÜbersetzerIn ebenfalls zu unterschreiben.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift AntragsstellerIn

\_\_\_\_\_  
Unterschrift EhepartnerIn / PartnerIn

**Der / die ÜbersetzerIn bestätigt die korrekte mündliche Übersetzung des Antragsformulars:**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Name ÜbersetzerIn

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ÜbersetzerIn

**Durch den Sozialdienst Bezirk Affoltern auszufüllen**

1. **Kontrolle durch:** \_\_\_\_\_ Datum / Kürzel: \_\_\_\_\_

2. **Kontrolle durch:** \_\_\_\_\_ Datum / Kürzel: \_\_\_\_\_