

Unterstützungsgesuch Sozialhilfeleistungen

Eingangsdatum: _____

Hinweise zum Ausfüllen der Anmeldung:

- Der Antrag ist bei der Sozialhilfestelle der Wohnsitzgemeinde einzureichen.
- Die verlangten Unterlagen sind vollständig beizulegen. Fehlende Belege führen zu Verzögerungen in der Bearbeitung.
- Aus Gründen der Einfachheit wurde bei den Fragen für beide Geschlechter ausschliesslich die männliche Form verwendet.

Personalien des Antragstellers

Familienname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden tatsächlich getrennt gerichtlich getrennt

seit wann? Datum: _____

Wohnsitz: _____ seit: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Beruf: _____

Heimatort: _____

Für Ausländer: Heimatstaat: _____ Aufenthaltsbewilligung: _____

Personalausweis mitbringen (Reisepass oder Identitätskarte und Ausländerausweis)

Personalien des Ehegatten oder des Konkubinatspartners (X)

Familienname: _____ Heiratsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnsitz: _____ seit: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Beruf: _____

Heimatort: _____

Für Ausländer: Heimatstaat: _____ Aufenthaltsbewilligung: _____

Personalausweis mitbringen (Reisepass oder Identitätskarte und Ausländerausweis)

Kinder des Gesuchstellers und des Konkubinatspartners

Eheliche Kinder

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:

Adoptiv-, Pflege-, Stiefkinder, Kinder aus geschiedener Ehe oder aussereheliche Kinder
(Zutreffendes unterstreichen)

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:

Wenn geschieden oder getrennt lebend, Personalien des geschiedenen/getrennt lebenden Ehegatten

Familienname: _____ Heiratsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnsitz: _____ Scheidungsdatum: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Bitte Urteil betreffend Scheidung/Trennung/Eheschutzmassnahmen beilegen.

Wenn verwitwet, Personalien des verstorbenen Ehegatten

Familienname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Todestag: _____

Allgemeine Fragen

Wurden Sie schon einmal sozialhilferechtlich unterstützt? ja nein

Wenn ja, von welcher Gemeinde? _____ von _____ bis _____

Besteht für Sie oder ein Familienmitglied eine vormundschaftliche bzw. gesetzliche Massnahme? ja nein

Wenn ja, bitte Art der Massnahme ankreuzen

Beistandschaft Beiratschaft Vormundschaft Bewährungshilfe Andere

Für wen besteht eine Massnahme? (Name Vorname, Geburtsdatum)

Wer führt die Massnahme? (Name und Adresse des Beistandes/Beirates/Vormundes/Bewährungshelfers etc.)

Stehen Sie oder ein Familienmitglied in Kontakt mit einer Beratungsstelle oder mit der Bewährungshilfe? ja nein

Wenn ja, bei welcher Stelle? _____

Ansprechperson: _____

Stehen Sie oder ein Familienmitglied in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, wer? _____ bei welchem Arzt oder Therapeuten? _____

Leben noch weitere Personen in Ihrem Haushalt? ja nein

Wenn ja, wer? _____

Seit wann wohnen Sie im Kanton Appenzell A.Rh.? _____

Erster Wohnort im Kanton Appenzell A.Rh.? _____

Seit wann wohnen Sie in der Gemeinde? _____

Von welcher Gemeinde sind Sie zugezogen? _____

Gründe der Unterstützungsbedürftigkeit

Welche Art der Unterstützung beantragen Sie?

Finanzielle Unterstützung für den Lebensunterhalt allgemein

Übernahme von anderen Kosten: _____

Ausgaben

1	Bei welcher Krankenkasse sind Sie und Ihre Familienmitglieder versichert? _____				
<input type="checkbox"/> Bitte sämtliche Versicherungspolicen der Krankenkassen beilegen.					
2	Wohnen Sie in Miete?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nettomiete Wohnung	Fr. _____
	Zimmerzahl: _____			Nebenkosten	Fr. _____
				Bruttomiete Wohnung	Fr. _____
				Miete für Garage/Autoabstellplatz	Fr. _____
	Bewohnen Sie Wohneigentum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hypothekarzins	Fr. _____
	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung mit _____ Zimmern				
	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus mit _____ Zimmern				
	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus mit _____ Wohnungen				
	Wieviele Personen (Sie eingeschlossen) wohnen in Ihrem Haushalt? _____				
Sofern Sie keinen eigenen Haushalt führen					
	a) Bei wem wohnen Sie?	_____			
	b) Seit wann wohnen Sie da?	_____			
	c) Wie viele Personen leben in diesem Haushalt?	_____			
	d) Wie hoch ist die Wohnungsmiete?	Fr. _____			
<input type="checkbox"/> Bitte eine Kopie des Mietvertrages oder der Bank über die aktuellen Hypotheken sowie einen aktuellen Zahlungsnachweis beilegen.					

3	Müssen Sie Alimente bezahlen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____ Monat	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Kopie Gerichtsurteil/Unterhaltsvertrag mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen.				
4	Haben Sie krankheitsbedingte Kosten?	<input type="checkbox"/> ja	Welche? _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Welche? _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Welche? _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Arztzeugnis beilegen.				
5	Haben Sie eine Hausrat- und Haftpflicht-Versicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Jahresprämie: Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Police mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen.			

Vermögen

6	Besitzen Sie Wertschriften/Sparguthaben?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Vermögensstand anhand von <u>Auszügen sämtlicher Bank- und PC-Konti der letzten 12 Monate</u> belegen.				
7	Besitzen Sie Grundeigentum in der Schweiz oder im Ausland?	<input type="checkbox"/> ja	Wert: Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Wert: Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Wert: Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Grundbuchauszug beilegen				
8	Besitzen Sie ein Fahrzeug (Auto, Motorrad etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	Marke, Jg: _____	<input type="checkbox"/> nein
			Wert: Fr. _____	
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Wert: Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Wert: Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ist das Fahrzeug geleast?	<input type="checkbox"/> ja	Firma: _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Fahrzeugausweis beilegen. Wenn geleast, Leasingvertrag beilegen.				
9	Besitzen Sie eine Lebensversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte sämtliche Policen beilegen.				
10	Besitzen Sie sonstiges Vermögen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wenn ja, um was für Vermögen handelt es sich? Bitte Nachweis beilegen.				

11	Sind Sie an einer unverteilter Erbschaft beteiligt?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte eine Kopie des Nachlassinventars beilegen.			
12	Haben Sie Schulden?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte eine detaillierte Aufstellung mit Belegen einreichen.			
13	Haben Sie Beteiligungen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Beteiligungsbescheinigung oder Pfändungsurkunde beilegen.			
14	Haben Sie offene Rechnungen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Rechnungen beilegen.			

Einnahmen

15	Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> ja	Nettolohn Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Nettolohn Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Nettolohn Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Lohnabrechnungen der letzten drei Monate beilegen. (Für erwerbstätige Kinder bitte Ausbildungsnachweis/Lehrvertrag und Lohnabrechnungen usw. beilegen).			
16	Beziehen Sie Kinderzulagen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn nein, wer bezieht die Kinderzulagen?	_____		
17	Sind Sie arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Wenn nein, bitte Arztzeugnis beilegen.			
18	Sind Sie arbeitslos?	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann? _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, haben Sie sich bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet (bitte Kündigungsschreiben des Arbeitgebers und Kopie der Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung beilegen)?			
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19	Haben Sie Auslagen für die Fahrt zum Arbeitsplatz, auswärtige Verpflegung usw.?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Nachweis beilegen.			

20	Erhalten Sie Leistungen von der Invaliden-/Hinterlassenversicherung und Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.			
21	Erhalten Sie Leistungen von der Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.			
22	Erhalten Sie Leistungen von der Militärversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.			
23	Erhalten Sie Leistungen von der Pensionskasse?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.			
24	Haben Sie ein Freizügigkeitskonto, eine Freizügigkeitspolice?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Freizügigkeitspolice/Freizügigkeitskonto beilegen.			
25	Erhalten Sie Leistungen von der Arbeitslosenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte letzte 2 Abrechnungen und Verfügungen beilegen.			
26	Erhalten Sie Leistungen von einer Krankentaggeldversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.			
27	Erhalten Sie Leistungen von anderen Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.			
28	Erhalten Sie Stipendien?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Verfügung beilegen.			

Erklärung und Verpflichtung der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers

Auskunftspflicht

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu und vollständig gemacht sowie alle vorhandenen Unterlagen eingereicht zu haben. Ich weiss, dass der Bezug von Sozialhilfeleistungen unter unvollständigen oder unwahren Angaben über die persönlichen und finanziellen Verhältnisse oder bei Verschweigen der tatsächlichen Einkommens- und Vermögensverhältnisse als Betrug strafrechtlich geahndet werden kann. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich zu Unrecht bezogene Sozialhilfeleistungen sofort und vollumfänglich zurückerstatten muss.

Meldepflicht

Ich verpflichte mich, dem Sozialamt sofort alle wichtigen Änderungen der Verhältnisse aller im gleichen Haushalt lebender Personen unaufgefordert mitzuteilen (z.B. Adressänderung, Arbeitsaufnahme, Konkubinat, Verheiratung). Ebenso habe ich jede Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse aller Familienmitglieder zu melden (z.B. alle neuen Einkünfte, den Bezug von Versicherungsleistungen, Kapitalzahlungen jeder Art und Unterstützungen von dritter Seite).

Pflicht zur Selbsthilfe und Arbeitspflicht

Ich bin verpflichtet, alles zu unternehmen, um meine Notlage zu beheben bzw. zu lindern. So muss ich alle Rechtsansprüche ausschöpfen, mein Einkommen und Vermögen voll einsetzen und übersetzte Aufwendungen (z.B. Mietzins) so rasch als möglich herabsetzen. Bei Arbeitslosigkeit bin ich zudem verpflichtet, mich intensiv um Arbeit zu bemühen, dafür den Nachweis zu erbringen, die Stellenvermittlung beim RAV lückenlos wahrzunehmen und jede zumutbare Arbeit unverzüglich anzunehmen bzw. an einem angebotenen Beschäftigungsprogramm teilzunehmen.

Verwendung der Sozialhilfegelder

Ich bin verpflichtet, die Sozialhilfeleistungen zweckentsprechend zu verwenden (z.B. zur Bezahlung der Miete, Krankenkasse).

Rückzahlung

Ich gebe die Zustimmung, dass Vorschussleistungen direkt durch das Sozialamt geltend gemacht und mit rückwirkend eingehenden Sozialversicherungs- und anderen Leistungen (AHV-, IV- oder andere Renten, EL, Taggelder usw.) verrechnet werden. Es ist mir bewusst, dass die bezogenen Sozialhilfeleistungen zurückzahlen sind, wenn sich meine finanzielle Lage verbessert hat und eine Rückerstattung zumutbar ist (Art. 27 SHG)

Verwandtenunterstützung

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

Kürzung und Einstellung der Leistungen

Es ist mir bewusst, dass die Sozialhilfeleistungen gekürzt oder eingestellt werden, wenn ich die vorstehenden Pflichten nicht erfülle oder Bedingungen und Auflagen des Sozialamtes missachte (vgl. Merkblatt).

Ich ermächtige alle in Betracht kommenden Personen und Stellen dem Sozialamt Auskünfte zu erteilen und Unterlagen herauszugeben **die für die Abklärung des Sozialhilfeanspruchs, die Bemessung der Sozialhilfe, die Abklärung von Drittansprüchen sowie die Prüfung der Rückerstattungs- und Verwandtenunterstützungspflicht** notwendig sind (z.B. Banken, Versicherungen, Krankenkassen, Sozialversicherungen, Postcheckämter, Amtsstellen, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Anwälte sowie öffentliche und private Sozialinstitutionen).

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

Ich/wir bestätige/n, eine gleichlautende Kopie dieser Erklärung und Verpflichtung sowie eine Kopie des Merkblattes Sozialhilfe erhalten zu haben.

Schriftverkehr

Es ist mir/uns bewusst, dass Datenaustausch und Korrespondenz per E-Mail die im Schriftverkehr übliche Vertraulichkeit nur ungenügend gewährleistet. In Kenntnis der bestehenden Risiken gebe/n ich/wir durch Angabe meiner/unserer e-mail Adresse die Zustimmung zum E-Mail-Verkehr mit den Sozialen Diensten Vorderland AR, Bereich Sozialhilfe, 9410 Heiden.

E - Mail-Adresse: _____

Keine Korrespondenz per e - mail erwünscht

, den

Gesuchstellerin / Gesuchsteller:

Ehepartner/Lebenspartner:
