

Unterstützungsgesuch (Sozialhilfe)

Personalien		
	Antragssteller/in	Ehepartner/in, Lebenspartner/in
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt (gerichtlich) <input type="checkbox"/> Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt (freiwillig)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt (gerichtlich) <input type="checkbox"/> Konkubinat <input type="checkbox"/> getrennt (freiwillig)
Adresse		
Telefon / Mobile		
E-Mail		
Heimatort/Kanton		
Nationalität		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B-Flüchtling <input type="checkbox"/> F-Flüchtling <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B-Flüchtling <input type="checkbox"/> F-Flüchtling <input type="checkbox"/> andere
Zuzugsdatum		
Zuzug von welcher Gemeinde/		
Einreisedatum in den Kanton BL		
Einreise in die Schweiz (von welchem Land)		

Bitte Kopie der ID/Pass/Ausländerausweis beilegen

Hat jemand in der Familie einen Beistand? <input type="checkbox"/> ja, wer: Name, Adresse Beistand:	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

Anzahl Personen im gleichen Haushalt (inkl. der antragstellenden Person): _____	Kinder: _____ Erwachsene: _____
---	---------------------------------

Im gleichen Haushalt lebende Kinder			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Bürgerort / Nationalität

Achtung junge Erwachsene ab 18 Jahren müssen einen eigenen Sozialhilfeantrag einreichen

Weitere Personen im gleichen Haushalt (Wohnpartner/in, Untermieter/in, usw.)			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Bürgerort / Nationalität

Nicht im Haushalt lebende Personen (Kinder, Kindsvater/Kindsmutter)			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Bürgerort / Nationalität

Eltern der antragsstellenden Person (wenn im gleichen Haushalt wohnhaft)			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Bürgerort / Nationalität

Wohnsituation			
<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Wohneigentum	<input type="checkbox"/> Untermiete	<input type="checkbox"/> Pension/Hotel
<input type="checkbox"/> Wohnheim	<input type="checkbox"/> Ohne Unterkunft	<input type="checkbox"/> Campingplatz/Wohnwagen	
Wohnungsgrösse: ____ Zimmer	Bruttomietzins: CHF _____	Nebenkosten: CHF _____	
Hausrat- und Haftpflichtversicherung abgeschlossen:	<input type="checkbox"/> ja, Versicherung: <input type="checkbox"/> nein		

**Bitte Mietvertrag und aktuelle Nachträge beilegen
Bei Wohneigentum aktueller Hypothekarvertrag beilegen**

Arbeitssituationen			
	Antragssteller/in	Ehepartner/in Lebenspartner/in	Weitere Personen im Haushalt Name:
Erlerner Beruf/Ausbildung			
Aktuelle Erwerbssituation	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Auf Abruf <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Auf Abruf <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Auf Abruf <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Selbständig
Erwerbslos	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: _____
Letzter/aktueller Arbeitgeber			
	Weitere Personen im Haushalt Name:	Weitere Personen im Haushalt Name:	Weitere Personen im Haushalt Name:
Erlerner Beruf/Ausbildung			
Aktuelle Erwerbssituation	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Auf Abruf <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Auf Abruf <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Festanstellung <input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Auf Abruf <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Praktikum <input type="checkbox"/> Selbständig
Erwerbslos	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: _____
Letzter/aktueller Arbeitgeber			

Beilagen: Arbeitsvertrag, Lohnabrechnung, Immatrikulationsbestätigung, Lohnabrechnung der drei letzten Monate

Vermögen			
	Antragssteller/in	Ehepartner/in Lebenspartner/in	Weitere Personen im Haushalt
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bank-/Postcheckkonto (Angaben dazu bitte im Feld „Kontoangaben“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sparkonto (Angaben dazu bitte im Feld „Kontoangaben“ ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Digitale Währungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schliessfächer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wertschriften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erbschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anteile umverteilter Erbschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Offene Lohnforderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Güterrechtliche Ansprüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesellschaftsanteile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebens- und Risikoversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gebundene Vorsorge 2. Säule oder Säule 3a	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuwendungen in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schenkungen in den letzten Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haus/Stockwerkeigentum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grundstück im In-/Ausland	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Vermögenswerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte legen Sie die entsprechenden Belege bei

Alle Kontoangaben von allen Personen im gleichen Haushalt

Name Bank/Post	Kontonummer (IBAN)	Lautend auf Name

Bitte legen Sie Kontoauszüge der letzten drei Monate bei
Bitte kennzeichnen Sie das Konto, auf welches die Unterstützungsleistungen ausbezahlt werden soll

Drittleistungen und Sozialversicherungen (In- und Ausland)

	Antragssteller/in	Lebenspartner/in	Weitere Personen im Haushalt
Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> ausgesteuert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> ausgesteuert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> ausgesteuert
Krankentaggeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> ausgesteuert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> ausgesteuert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> ausgesteuert
Invalidenrente/Taggeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Pensionskassenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
AHV-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Witwen-/Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Hilflosen-Entschädigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Ausbildungsbeiträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Unterhaltsbeiträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Familienzulagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Prämienverbilligung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Mietzinsbeiträge der Gemeinde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung
Weitere Leistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: _____

Bitte legen Sie die entsprechenden Belege bei

Schulden			
	Höhe der Schuld		Höhe der Schuld
Miete		Steuern	
Krankenkasse		Lohnpfändungen	
Unterhaltszahlungen		Hypothekarschulden	
Weitere Schulden		Weitere Schulden	

Bitte legen Sie die entsprechenden Belege bei

Gesundheitliche Situation			
	Antragssteller/in	Lebenspartner/in	Weitere Personen im Haushalt Name:
Ich fühle mich gesund:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnder Arzt: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnder Arzt: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnder Arzt: _____
Krankenkasse obligatorisch	Name Versicherung: _____	Name Versicherung: _____	Name Versicherung: _____
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name Versicherung: _____
	Weitere Personen im Haushalt Name:	Weitere Personen im Haushalt Name:	Weitere Personen im Haushalt Name:
Ich fühle mich gesund:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnder Arzt: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnder Arzt: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandelnder Arzt: _____
Krankenkasse obligatorisch	Name Versicherung: _____	Name Versicherung: _____	Name Versicherung: _____
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name Versicherung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Abklärung

Bitte aktuelle Krankenkassenpolice beilegen. Bei Krankheit mit Arbeitsunfähigkeit ärztliches Attest beilegen

Bemerkungen zur gesundheitlichen Situation:

Motorfahrzeuge				
Sind Sie oder weitere Personen im gleichen Haushalt, im Besitz eines Motorfahrzeuges (Personenwagen, Motorrad, Scooter etc.)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Leasing: Leasingvertrag beilegen		
Marke/Typ	Kennzeichen	Neuwert	Jahrgang	km-Stand

Kopie Fahrzeugausweis beilegen

Kurze Schilderung Ihrer persönlichen Situation:

Was haben Sie bisher unternommen zur Behebung Ihrer Notlage?

Welche Institutionen oder Personen haben Sie bisher beansprucht oder angefragt?

Bestätigung

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 hilfesuchende 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 Verhältnisse sofort dem zuständigen Sozialdienst/der zuständigen Sozialhilfebehörde gemeldet werden.

- Bei Verschweigen der tatsächlichen Verhältnisse wird die Inanspruchnahme von Sozialhilfe **als Betrug strafrechtlich** verfolgt. Unrechtmässig bezogene Sozialhilfe muss zurückbezahlt werden.
- Wer für sich oder andere durch unwahre oder unvollständige Angaben, durch Verschweigen von veränderten Verhältnissen oder in anderer Weise Leistungen nach diesem Gesetz unrechtmässig erwirkt, wird mit Busse bis CHF 10'000 bestraft. Gehilfenschaft und Versuch sind strafbar (§ 40a SHG).
- Für den Fall der Nichtbefolgung von Verfügungen der Sozialhilfebehörde erfolgt eine strafrechtliche Anzeige gem. Art. 292 StGB (Ungehorsam gegen amtliche Verfügungen). **Wer der von einer zuständigen Behörde oder einem zuständigen Beamten unter Hinweis auf die Strafdrohung dieses Artikels an ihn erlassenen Verfügungen nicht Folge leistet, wird mit Haft oder Busse bestraft (Art. 292 StGB)**

Die Sozialhilfebehörde ist in begründeten Fällen ermächtigt, Drittauskünfte bei Arbeitgebern, Sozialversicherungen und weiteren Institutionen einzuholen.

Ich bestätige, folgende Informations- und Merkblätter erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben:

- Merkblatt zum Unterstützungsgesuch von Sozialhilfe (bitte ein Exemplar unterschrieben beilegen + ein Exemplar zu ihren Akten)
- Unterstützungsansätze und Grenzwerte (zu Ihrer Information)

	Antragssteller/in	Ehepartner/in, Lebenspartner/in
Ort, Datum	_____	_____
Unterschrift	_____	_____