

Sozialhilfeantrag

→ Dieses Formular ist wahrheitsgetreu und lückenlos auszufüllen!

→ Unvollständige Anträge ab Eingang, Datum: _____, werden nach 30 Tagen entsorgt!

PERSONALIEN	Gesuchsteller/Gesuchstellerin	Ehepartner/Ehepartnerin Eingetragene Partnerschaft
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name		
Vorname		
Strasse, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon		
Mobile		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Sozialversicherungs-Nr.		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt seit:..... <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt seit:..... <input type="checkbox"/> geschieden seit:

Heimatort Schweiz oder Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere Gültig bis: _____	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere Gültig bis: _____
Deutschkenntnisse Muttersprache Dolmetscher notwendig	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession		
Einreise in die Schweiz Von / Datum		
Zuzug in Kt. SO Von / Datum		
Zuzug in die Gemeinde Von / Datum		
Auslandaufenthalt im Ausland, Dauer		

Getrennt oder geschiedene Ehepartner/Ehepartnerin	
Name und Vorname	_____
Adresse und Wohnort	_____
Geburtsdatum	_____
Sozialversicherungs-Nr.	_____
Heimatzugehörigkeit	_____
Datum der Eheschliessung	_____
Datum tatsächlicher Trennung	_____
Datum Scheidung	_____

Personalien Kinder <u>im</u> gleichen Haushalt				
	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Heimatzugehörigkeit				
Sozialversicherungs-Nr.				
Tätigkeit (Schule, Lehre, Arbeit etc.)				

Personalien Kinder <u>nicht</u> im selben Haushalt				
	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Heimatzugehörigkeit				
Sozialversicherungs-Nr.				
Tätigkeit (Schule, Lehre, Arbeit etc.)				

Besteht eine Kindes- oder Erwachsenenschutzmassnahme?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name, Vorname Beistand/Beiständin	_____		
Zuständige KESB	_____		
Grund der Massnahme Kopie Ernennungsurkunde	_____		

Eltern GesuchstellerIn	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Strasse, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Geb.-Datum, (†)		
Heimatzugehörigkeit		

Andere Personen im selben Haushalt (Lebenspartner/Lebenspartnerin)	
Bezug zur Person	
Wohnen zusammen seit	Konkubinat <input type="checkbox"/> loses (bis zwei Jahre) <input type="checkbox"/> festes
Name, Vorname	
Strasse, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Geb.-Datum	
Heimatzugehörigkeit	

Grund Ihrer Sozialhilfe-Anmeldung?

Was haben Sie bis jetzt unternommen um Ihre Notlage zu beheben?

Von welchen anderen Institutionen/Personen haben Sie bisher Beratung oder Hilfe erhalten?

Frühere Sozialhilfeunterstützung
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Dauer: _____ Wo: _____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Prämienverbilligung

Fragenbogen für das Bundesamt für Statistik

Um Ihre Lebenssituation erfassen zu können, benötigen wir von Ihnen zu folgenden Punkten Auskunft. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen genau auszufüllen. DANKE.

Kreuzen Sie bitte Ihre höchste abgeschlossen Ausbildung an			
<input type="checkbox"/>	Kein Abschluss (Schule/Lehre)	<input type="checkbox"/>	Maturitätsschule, DMS, HMS, FMS
<input type="checkbox"/>	Obligatorische Schule	<input type="checkbox"/>	Höher Fach- und Berufsausbildung
<input type="checkbox"/>	Anlehre	<input type="checkbox"/>	Universität / Fachhochschule
<input type="checkbox"/>	Berufslehre / Berufsschule	<input type="checkbox"/>	Nicht feststellbar, unbekannt

Erwerbssituation			
<input type="checkbox"/>	Angestellt	<input type="checkbox"/>	Auf Stellensuche, beim ALA gemeldet
<input type="checkbox"/>	Angestellt bei einr Temporärfirma	<input type="checkbox"/>	Auf Stellensuche, beim ALA nicht gemeldet
<input type="checkbox"/>	Angestellt in eigener Firma	<input type="checkbox"/>	Ausgesteuert beim Arbeitslosenamt (ALA)
<input type="checkbox"/>	Befristete Anstellung	<input type="checkbox"/>	Haushalts, familiäre Gründe
<input type="checkbox"/>	Arbeit auf Abruf	<input type="checkbox"/>	Rente (AHV, IV, SUVA usw)
<input type="checkbox"/>	Gelegenheitsarbeiten	<input type="checkbox"/>	Vorübergehend arbeitsunfähig
<input type="checkbox"/>	Selbständig	<input type="checkbox"/>	Keine Chance auf dem Arbeitsmarkt
<input type="checkbox"/>	In der Lehre	<input type="checkbox"/>	Anderes:
<input type="checkbox"/>	In Aus- / Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	

Beschäftigungsgrad			
<input type="checkbox"/>	Vollzeit, 90 % und mehr	<input type="checkbox"/>	Vollzeit- und Teilzeitstellen
<input type="checkbox"/>	Teilzeit 50 % bis 89 %	<input type="checkbox"/>	Weiss nicht
<input type="checkbox"/>	Teilzeit bis 49 %	<input type="checkbox"/>	Anzahl Stunden pro Woche:
<input type="checkbox"/>	Mehrere Teilzeitstellen	<input type="checkbox"/>	Keine regelmässige Arbeitszeit

Grund der Teilzeitbeschäftigung			
<input type="checkbox"/>	In Ausbildung	<input type="checkbox"/>	Haushalt, familiäre Gründe
<input type="checkbox"/>	Behinderung / Unfall	<input type="checkbox"/>	Keine Vollzeitstelle
<input type="checkbox"/>	Krankheit	<input type="checkbox"/>	Anderes:

Arbeitslosigkeit in den letzten 3 Jahren	
<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	Einmal
<input type="checkbox"/>	Mehrmals
<input type="checkbox"/>	Dreimal und mehr
<input type="checkbox"/>	Weiss nicht

Ausgesteuert	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	In Abklärung
<input type="checkbox"/>	Ausgesteuert seit:

Bescheinigung

Ich/Wir bescheinige hiermit, dass die Angaben gegenüber der Sozialhilfe ZSTH im Sozialhilfe Antrag vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich/Wir nehme zur Kenntnis, dass ich/wir gesetzlich verpflichtet bin, allfällige Änderungen der finanziellen und persönlichen Verhältnisse umgehend der Sozialhilfe ZSTH zu melden.

Ich/Wir nehme ferner zur Kenntnis, dass falsche oder unvollständige Angaben sowie das Nichtmelden von Änderungen zu einer Rückforderung der Unterstützungsleistungen führen und allenfalls strafrechtliche Folgen haben könnten.

Gesuchsteller/Gesuchstellerin

Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Datum	

Ehepartner/Ehepartnerin Eingetragene Partnerschaft

Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Datum	

Intern: einscannen

Vollmacht

Ich erkläre meine Einwilligung, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialen Dienste Thierstein, Passwangstrasse 33, 4226 Breitenbach bei folgenden Amtsstellen: **RAV, AWA, IV-Stellen, Spitäler, Ausgleichskassen, Krankenkassen, MFK, etc.** Auskünfte geben und Informationen einholen dürfen.

Ich erkläre meine Einwilligung, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialen Dienste Thierstein, Passwangstrasse 33, 4226 Breitenbach bei **Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Ämtern, Anwälten, Versicherungen, Banken, behandelnde Ärzten** Auskünfte einholen und Informationen weitergeben dürfen, welche für die Bearbeitung des Dossiers zwingend notwendig sind.

Auskünfte Dritter werden nur soweit beansprucht, als diese für die Überprüfung meiner Anspruchsberechtigung und der Dossierbearbeitung notwendig sind.

Ich entbinde die kontaktierten Stellen vom Berufs- und Amtsgeheimnis und ermächtige sie, soweit sie nicht bereits gesetzlich dazu verpflichtet sind, der Sozialhilfe meines Wohnortes die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ebenso bescheinige ich, das **MERKBLATT „Orientierung des Hilfesuchenden über seine Rechte und Pflichten“** mit den mir aufgeführten massgeblichen Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches verstanden zu haben.

Gesuchsteller/Gesuchstellerin	
Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Geb.-Datum	
AHV-Nummer	
Datum	

Ehepartner/Ehepartnerin, Eingetragene Partnerschaft	
Name und Vorname in Blockschrift	
Unterschrift	
Geb.-Datum	
AHV-Nummer	
Datum	

Orientierung der Sozialhilfe über Rechte und Pflichten der Hilfesuchenden

1. Ausgangslage

Sie haben aufgrund Ihrer persönlichen Situation Sozialhilfeleistungen beantragt. Diese Orientierung informiert Sie über die wichtigsten Rechte und Pflichten. In der ebenfalls enthaltenen Selbstdeklaration bestätigen Sie Ihre aktuellen finanziellen Verhältnisse. Ihre Angaben werden periodisch überprüft.

2. Auskunftspflicht und Meldepflicht

Damit der Sozialhilfeanspruch geprüft werden kann, müssen Sie Ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse lückenlos offenlegen und sämtliche als erforderlich erachteten Auskünfte wahrheitsgetreu erteilen und Einblick in schriftliche Unterlagen gewähren. Sie sind daher verpflichtet, die Fragen in der nachfolgenden Selbstdeklaration **wahrheitsgetreu** und **vollständig** zu beantworten. Die Sozialhilfeorgane sind zudem berechtigt, nötigenfalls bei Dritten Auskünfte einzuholen. In der Regel sind Sie vorgängig darüber zu orientieren. Zudem ist der Sozialdienst ermächtigt, den Steuerbehörden den Status und Daten von sozialhilfeabhängigen Personen mitzuteilen. Der Sozialhilfebezug von Ausländerinnen und Ausländern wird dem kantonalen Migrationsamt mitgeteilt.

Verändern sich Ihre Verhältnisse, muss die Hilfe neu berechnet werden. Deshalb sind Sie verpflichtet, uns insbesondere folgende Änderungen umgehend zu melden:

- ⇒ *Aufnahme oder Verlust der Arbeit*
- ⇒ *Änderungen Ihres Arbeitslohns*
- ⇒ *Bezüge aus Renten oder Versicherungen (inkl. Altersvorsorge und beruflicher Vorsorge)*
- ⇒ *Änderung der Haushaltzusammensetzung*
- ⇒ *Gewinne, Schenkungen und Erbschaften (aus dem Aus- wie Inland)*
- ⇒ *Generelle Vermögensveränderungen*
- ⇒ *Wohnungswechsel und Mietzinsänderungen*
- ⇒ *Auslandaufenthalte*

3. Befolgung von Anordnungen und Sanktionen

Die wirtschaftliche Hilfe kann mit Auflagen und Weisungen verbunden werden. Diese müssen geeignet sein, die richtige Verwendung der Beiträge zu sichern oder Ihre Lage und die Ihrer Angehörigen zu verbessern. Wer Anordnungen der Sozialhilfeorgane nicht befolgt, z.B. Auflagen oder Weisungen missachtet oder Leistungen trotz Mahnung unzweckmässig verwendet, dem können die Leistungen gekürzt oder gestrichen werden.

4. Verrechnung von Versicherungsleistungen

Werden für die gleiche Zeitdauer der Sozialhilfeunterstützung Leistungen der AHV/IV/EL oder andere Versicherungsleistungen nachbezahlt, gelten die Leistungen der Sozialhilfe bis maximal zur Höhe der Nachzahlungen als Vorschussleistungen. Diese sind rückerstattungspflichtig und werden direkt mit der entsprechenden Sozialversicherung verrechnet. Vorbehalten bleiben Verrechnungsanträge anderer gesetzlicher Leistungserbringer.

5. Rückerstattungspflicht bei rechtmässigem Bezug

Sie haben bezogene Sozialhilfeleistungen zurückzuerstatten, wenn Sie in finanziell günstige Verhältnisse gelangen. Bei nicht realisierbarem Vermögen wird die Sicherstellung bzw. die Unterzeichnung einer Rückerstattungsverpflichtung verlangt (siehe separates Formular). Der Rückerstattungsanspruch ist Ihnen gegenüber nach 10 Jahren seit der letzten Hilfeleistung verwirkt. Gegenüber Ihren Erben verjährt der Rückerstattungsanspruch innerhalb von zwei Jahren seit Ihrem Tod. Die Erben haften solidarisch; ihre Haftung ist auf den Umfang des Nachlasses beschränkt. Bedeutet die Rückerstattung für Sie oder Ihre Erben eine grosse Härte, kann von der Rückforderung ganz oder teilweise abgesehen werden.

6. Unrechtmässiger Bezug: Rückerstattungspflicht, straf- und ausländerrechtliche Folgen

Wenn Sie Sozialhilfe unrechtmässig bezogen haben, müssen Sie die erhaltene Leistung zurückerstatten. Betrug (Art. 146 StGB) im Bereich der Sozialhilfe, unrechtmässiger Bezug von Leistungen der Sozialhilfe (Art. 148a Abs. 1 StGB) und zweckwidrige Verwendung der Sozialhilfe sind strafbar. Es drohen Geld- und Freiheitsstrafen. Bei Ausländerinnen und Ausländern droht zudem die obligatorische Ausweisung aus der Schweiz (Art. 66a StGB).

7. Verwandtenunterstützung

Gemäss Art. 328 ff. ZGB müssen Verwandte einander unterstützen. Nach dem Sozialgesetz ist das Amt für soziale Sicherheit, Abteilung Sozialhilfe und Asyl verpflichtet zu überprüfen, ob Ihre Verwandten einen Beitrag an die Unterstützung leisten können.

8. Eröffnung, Rechtsmittelbelehrung, Beschwerderecht

Beschlüsse über Gewährung, Verweigerung, Kürzung oder Streichung von Sozialhilfeleistungen und die damit zusammenhängenden Auflagen und Weisungen sind Ihnen mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung schriftlich zu eröffnen. Gegen die Beschlüsse der örtlichen Sozialhilfeorgane können Sie innert 10 Tagen beim Departement des Innern des Kantons Solothurn Beschwerde erheben.

9. Selbstdeklaration bezüglich Einkommens- und Vermögenswerte

Die Selbstdeklaration ist durch die antragsstellende Person **eigenhändig** auszufüllen und bezieht sich auch auf die Situation der Ehepartnerin, des Ehepartners und der minderjährigen Kinder. Volljährige Kinder oder unverheiratete Paare haben die gesamte Orientierung der Sozialhilfe separat auszufüllen.

9a) Gehen Sie, Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder zurzeit einer bezahlten Arbeit nach? Sind Sie selbständig erwerbstätig?

Nein Ja, Total Höhe der monatlichen Einkünfte: _____

Arbeitgeber: _____

9b) Haben Sie, Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder derzeit sonstige Einnahmen oder sind Leistungsansprüche momentan angemeldet, aber noch ausstehend?

Altersrente (AHV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Invalidenrente (IV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
IV-Taggeld (IV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Integritätsentschädigung (IV)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Ergänzungsleistungen (EL)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Leistungen EO / MV (Erwerbsersatzordnung, Militärversicherung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Arbeitslosentaggelder (ALV), Insolvenzenschädigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Pensionskassenrente (BVG)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:

Krankentaggeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Unfalltaggeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Unfallrente (z.B. SUVA)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Hilflosenentschädigung (HE)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Witwen-, Waisen- oder Kinderrente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
andere Renten (z.B. ausländische)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Mutterschaftsentschädigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Ehegattenalimente / Inkasso	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Kinderalimente / Bevorschussung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Familienergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Familienzulagen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Stipendien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Individuelle Prämienvergünstigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Freiwillige Unterstützung von Verwandten oder Bekannten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Andere freiwillige Leistungen (z.B. von Stiftungen, Fonds, Hilfswerken)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Haftpfllichtleistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Ausstehende Lohnzahlungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
Opferhilfe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausstehend	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:
andere Einnahmen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	Person:

9c) Geben Sie alle Ihre zurzeit aktiven Post- oder Bankkonti in der Schweiz und im Ausland an, welche auf Sie, Ihren Ehepartner oder Ihre Kinder lauten:

InhaberIn	Name der Bank / Ort	IBAN oder Konto-Nr.	Aktueller Saldo

9d) Wie viel Bargeld besitzen Sie, Ihr Ehepartner und Ihre Kinder aktuell?

Gesuchstellende Person: Fr. _____ Ehepartner/in: Fr. _____ Kinder: Fr. _____

9e) Besitzen Sie, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder weitere Vermögenswerte oder Ansprüche?

Wertschriften (z.B. Aktien, Obligationen, Anteil- scheine)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Wertsachen (z.B. Gold, wertvoller Schmuck/ Bilder/Kunstgegenstände)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Freizügigkeitskonto / Pensionskassen- gelder	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Private Vorsorge Säule 3a	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Lebensversicherung Säule 3b	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Ansprüche auf unverteilte Erbschaften	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Gewährte Darlehen an Dritte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Andere:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:

9f) Haben Sie, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder in der Schweiz oder im Ausland Rechte an Immobilien (Haus, Land oder Eigentumswohnung)? Generieren Sie daraus Pacht- oder Mietzinseinnahmen?

Nein Ja, folgende: Pacht-/Mietzinseinnahmen: Fr. _____

Ort:	Grundbuch-Nr.	Verkehrswert: Fr.
Ort:	Grundbuch-Nr.	Verkehrswert: Fr.

9g) Besitzen oder benutzen Sie, Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder ein Fahrzeug (z.B. Auto, Motorrad oder andere Fahrzeuge)?

Nein Ja, folgende:

Marke, _____	Typ: _____	Jahrgang: _____	<input type="checkbox"/> Besitz, Kaufpreis: _____
_____		Km-Stand: _____	<input type="checkbox"/> Benutzung, BesitzerIn: _____
			<input type="checkbox"/> Leasing, Leasingzins: _____
Marke, _____	Typ: _____	Jahrgang: _____	<input type="checkbox"/> Besitz, Kaufpreis: _____
_____		Km-Stand: _____	<input type="checkbox"/> Benutzung, BesitzerIn: _____
			<input type="checkbox"/> Leasing, Leasingzins: _____

Meldung über Sozialhilfe nicht realisierbares Vermögen

Geschäfts-Nr. Kt. SO	<input type="text"/>
Gemeinde	<input type="text"/>

Amt für soziale Sicherheit
Sozialhilfe und Asyl
Ambassadorshof
4509 Solothurn

Rückerstattungsverpflichtung bei nicht realisierbarem Vermögen

Wenn ein Hilfesuchender Grundeigentum oder andere Vermögenswerte in erheblichem Umfang besitzt, deren Realisierung ihm nicht möglich oder nicht zumutbar ist, wird die Unterzeichnung einer Rückerstattungsverpflichtung verlangt. Vermögenswerte gelten als nicht realisierbar, wenn der Hilfeempfänger auf sie angewiesen ist, eine Darlehensaufnahme nicht möglich oder aus Gründen der Zinslast nicht zumutbar ist, ferner wenn kein angemessener Preis erzielt werden kann oder andere wichtige Gründe eine Realisierung als unzumutbar erscheinen lassen.

Der Anspruch auf Kostenübernahme kann erst bei der Liquidierung des Vermögens, spätestens jedoch im Erbgang geltend gemacht werden.

Die Forderung aus der Unterzeichnung einer Rückerstattungsverpflichtung ist wenn möglich pfandrechtlich sicherzustellen.

Die unterzeichnende(n) Person(en)

1.	Name und Vorname	<input type="text"/>
2.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	<input type="text"/>
3.	Wohnort (PLZ, Gemeinde, Adresse)	<input type="text"/>

erklärt / erklären hiermit, folgende Vermögenswerte gegenwärtig nicht realisieren zu können:

4.	Vermögenswerte / Grundstücke (Gemeinde und GB-Nr.)	<input type="text"/>
5.	Begründung / Bemerkungen	<input type="text"/>

Er verpflichtet sich / Sie verpflichten sich hiermit, die bezogenen Sozialhilfeleistungen ganz oder teilweise zurückzuerstatten, sobald diese Vermögenswerte realisiert werden.

Er nimmt / Sie nehmen davon Kenntnis, dass das Amt für soziale Sicherheit diese Rückerstattungsverpflichtung zu genehmigen hat und dass diese wenn möglich pfandrechtlich sicherzustellen ist.

Ort, Datum

....., den

Unterschrift(en):

.....

(beide Ehegatten; für Entmündigte unterzeichnet der gesetzliche Vertreter)

- Original für ASO, Sozialhilfe und Asyl
- Kopien für Sozialhilfekommision / Sozialamt und Hilfeempfänger

Muss zwingend mit JA oder Nein ausgefüllt werden.

Weitere wichtige Informationen, Ergänzungen oder Bemerkungen zu Einkommen und Vermögen:

Die unterzeichnende(n) Person(en)

GesuchstellerIn: _____ Geburtsdatum: _____
(Name, Vorname in Blockschrift)

EhepartnerIn: _____ Geburtsdatum: _____
(Name, Vorname in Blockschrift)

bestätigt/bestätigen hiermit mit ihrer Unterschrift, die Fragen zur Selbstdeklaration verstanden zu haben und wahrheitsgetreu, vollständig und in Kenntnis der Strafbarkeit wahrheitswidriger und/oder unvollständiger Angaben beantwortet zu haben. Die unterzeichnende Person bestätigt ebenfalls, die Orientierung gelesen und verstanden zu haben:

Ort, Datum

Unterschrift GesuchstellerIn

Ort, Datum

Unterschrift EhepartnerIn

(beide Ehegatten; für Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit unterzeichnet der gesetzliche Vertreter)

Durch den Sozialdienst auszufüllen

Formular wurde durch die antragsstellende Person eigenhändig ausgefüllt: Ja Nein

Wenn Nein, bitte Begründung angeben:

Formular wurde der antragsstellenden Person übersetzt: Ja Nein

Formular wurde in der folgenden Sprache abgegeben: _____

Wenn ja, in welcher Sprache und durch wen (Vorname, Name, Adresse)?

Name, Datum und Unterschrift der Sachbearbeiterin / des Sachbearbeiters

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Unterschrift: