

# Unterstützungsgesuch

➔ Dieses Formular bitte **I ü c k e n l o s** ausfüllen!

Anmeldung für  eine Beratung und / oder  finanzielle Hilfe

## Grund der Anmeldung

---



---



---

## PERSONALIEN

|                                 | GesuchstellerIn  | Ehe-/KonkubinatspartnerIn   |
|---------------------------------|--|---|
| Name                            | <hr/>  | <hr/>   |
| Vorname                         | <hr/>  | <hr/>   |
| Geburtsdatum                    | <hr/>  | <hr/>   |
| Adresse                         | <hr/>  | <hr/>   |
| PLZ/Ort                         | <hr/>  | <hr/>   |
| Telefonnummer                   | <hr/>  | <hr/>   |
| Heimort/<br>Staatszugehörigkeit | <hr/>  | <hr/>   |
| Zivilstand                      | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch.<br><input type="checkbox"/> verw. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. |

Wohnhaft in der Gemeinde seit:

im Kanton seit:

Zuzug von:

Aufenthaltsstatus:

**Haben Sie einen Vormund oder Beistand?**

Ja

Nein

Name

Vorname

Adresse, Plz., Ort

---



---

## Im gleichen Haushalt lebende Kinder und andere Personen

| Name  | Vorname | Geburtsdatum | Heimort |
|-------|---------|--------------|---------|
| <hr/> | <hr/>   | <hr/>        | <hr/>   |
| <hr/> | <hr/>   | <hr/>        | <hr/>   |
| <hr/> | <hr/>   | <hr/>        | <hr/>   |

**Kindsvater/-mutter, nicht im gleichen Haushalt lebend**

| <i>Name</i> | <i>Vorname</i> | <i>Adresse</i> | <i>Geb.<br/>Dat.</i> | <i>Heimat-<br/>ort</i> |
|-------------|----------------|----------------|----------------------|------------------------|
|-------------|----------------|----------------|----------------------|------------------------|

**VERWANDTENAUSKUNFT**

**Auswärts wohnende Kinder** (*Name, Vorname, Adresse , Geb. Dat., Heimatort*)

**Eltern von GesuchstellerIn** (*Name, Vorname, Adresse , Geb. Dat., Heimatort*)

**Eltern von EhepartnerIn** (*Name, Vorname, Adresse , Geb. Dat., Heimatort*)

**Evt. Grosseltern von GesuchstellerIn** (*Name, Vorname, Adresse , Geb. Dat., Heimatort*)

**Evt. Grosseltern von EhepartnerIn** (*Name, Vorname, Adresse , Geb. Dat., Heimatort*)

**Eltern von geschiedenem/geschiedener EhepartnerIn und / oder von Kindsvater/-mutter**  
(*Name, Vorname, Adresse , Geb. Dat., Heimatort*)

## WOHNSITUATION

### Wohnstatus

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigentum   | <input type="checkbox"/> Pension / Hotel        | <input type="checkbox"/> Gratis Unterkunft     |
| <input type="checkbox"/> Miete      | <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung | <input type="checkbox"/> Fahrende              |
| <input type="checkbox"/> Untermiete | <input type="checkbox"/> Begleitetes Wohnen     | <input type="checkbox"/> Ohne feste Unterkunft |

### Wohnungsgrösse / Anzahl Zimmer

- |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                                      |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   | <input type="checkbox"/> 4   | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 6   | <input type="checkbox"/> 7           |
| <input type="checkbox"/> 1 ½ | <input type="checkbox"/> 2 ½ | <input type="checkbox"/> 3 ½ | <input type="checkbox"/> 4 ½ | <input type="checkbox"/> 5 ½ | <input type="checkbox"/> 6 ½ | <input type="checkbox"/> 7 ½ u. mehr |

## Art der Erwerbstätigkeit

(auch de der im gleichen Haushalt lebenden Angehörigen )

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig                       | <input type="checkbox"/> Arbeitsintegrationsprogramm<br>Beschäftigungsprogramm Ausge-<br>steuerte | <input type="checkbox"/> Haushalt, familiäre Gründe     |
| <input type="checkbox"/> Angestellt in eigener Firma         | <input type="checkbox"/> Auf Stellensuche, beim Arbeitsamt ge-<br>meldet                          | <input type="checkbox"/> RentnerIn (AHV; IV; SUVA usw.) |
| <input type="checkbox"/> Regelmässig angestellt              | <input type="checkbox"/> Auf Stellensuche, nicht beim Arbeitsamt<br>gemeldet                      | <input type="checkbox"/> Vorübergehend arbeitsunfähig   |
| <input type="checkbox"/> Zeitlich befristeter Arbeitsvertrag | <input type="checkbox"/> In Ausbildung (z.B. Praktikum ohne<br>Lehrlinge)                         | <input type="checkbox"/> Dauerinvalidität               |
| <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf                    |   | <input type="checkbox"/> Keine Chance auf Arbeitsmarkt  |
| <input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit                  |   | <input type="checkbox"/> Andere Situation               |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeitendes Familienmitglied     |   |   |
| <input type="checkbox"/> In der Lehre                        |   |   |

## ANDERE EINNAHMEN

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unterhalt / Alimente   | <input type="checkbox"/> Kantonale Beiträge (Krankenkassen,<br>Mietsubvention, Kinderzulagen) | <input type="checkbox"/> Opferhilfe |
| <input type="checkbox"/> Andere Einnahmen _____ | Welche? _____   |                                     |

## ARBEITSSITUATION

Normalarbeitszeit pro Woche gemäss Arbeitsvertrag ..... Stunden  Keine regelmässige Arbeitszeit

### Beschäftigungsgrad

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit (90% und mehr)  | <input type="checkbox"/> Teilzeitstelle (50 – 89%) | <input type="checkbox"/> Vollzeit- und Teilzeitstelle |
| <input type="checkbox"/> Teilzeitstelle (bis 49%) | <input type="checkbox"/> Mehrere Teilzeitstellen   |   |

### Erlerner Beruf

\_\_\_\_\_  Keiner

### Letzte / gegenwärtige berufl. Tätigkeit

\_\_\_\_\_  Keine

### Höchste abgeschlossene Ausbildung

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Weniger als 7 Jahre Schule | <input type="checkbox"/> Anlehre               | <input type="checkbox"/> Maturitätsschule / DMS | <input type="checkbox"/> Nicht feststellbar |
| <input type="checkbox"/> Obligatorische Schule      | <input type="checkbox"/> Berufslehre / -schule | <input type="checkbox"/> Universität            |   |

## GESTELLTE ANTRÄGE

|  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| AHV .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prämienverbilligung .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unfallversicherung / Krankentaggeldversicherung .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergänzungsleistungen .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslosenversicherung.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufl. Vorsorge oder private Risikoversicherung, Pensionskasse..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stiftungen / Fonds .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stipendien / Ausbildungsbeiträge .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## BESITZVERHÄLTNISSE

|  | <i>Ja</i>                | <i>Nein</i>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sparguthaben.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bank- und / oder Postcheck-Konten .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wertschriften (Aktien, Obligationen etc.).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motorfahrzeuge.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grundeigentum (Häuser, Liegenschaften, Boden; auch im Ausland).....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erwarten Sie eine Erbschaft und / oder haben Sie Anteile an einer unverteilter Erbschaft?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebens- und Risikoversicherungen.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Guthaben (Darlehen, Lohn, güterrechtliche Ansprüche usw.) .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nicht verfügbares Vermögen (Freizügigkeitspolice, Geschäftsanteile etc.) .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SCHULDEN

|   | <i>Ja</i>                | <i>Nein</i>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Unterhalts- und Alimentenverpflichtungen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lohnpfändungen .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kredit- und Leasingverträge.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schuldscheine .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Bescheinigung

Ich bescheinige, dass meine Angaben gegenüber dem Sozialdienst bzw. dem Fürsorgeseekretariat im Unterstützungsgesuch sowie in den Beratungsgesprächen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen **und verpflichte mich, alle künftigen Änderungen unverzüglich zu melden.**

Ich erkläre meine Einwilligung zu Anfragen bei Amtsstellen, Behörden, Versicherungen, Banken, Arbeitgebern sowie behandelnden Ärzten und ermächtige diese, soweit sie nicht bereits gesetzlich dazu verpflichtet sind, dem Sozialdienst bzw. dem Fürsorgeseekretariat die erforderlichen Auskünfte zu erteilen (**Entbindung vom Amts- bzw. Berufsgeheimnis**). Diese Auskünfte werden nur insoweit eingeholt und beansprucht, als dies für die Überprüfung meiner Anspruchsberechtigung notwendig ist.

Überdies ermächtige ich den Sozialdienst bzw. das Fürsorgeseekretariat zum Beizug einer der Schweigepflicht unterstehenden Revisions-/Kontrollstelle oder einer anderen Fachperson zur Abklärung der Wirtschaftlichkeit bzw. Überlebensfähigkeit eines Betriebes von Selbständigerwerbenden.

**Die Fürsorgebehörde ist berechtigt, bevorschusste Sozialversicherungsleistungen (z.B. Invaliditätsleistungen) direkt bei der entsprechenden Sozialversicherung zurückzufordern. Dies ist nur für denselben Zeitraum betreffende Leistungen möglich.**

Ebenso bescheinige ich, vom Inhalt des **MERKBLATTES über die Sozialhilfe**, den darauf aufgeführten massgeblichen Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches und des Sozialhilfegesetzes des Kantons Schwyz, von der Existenz der für die Bemessung der Sozialhilfe massgebenden Unterstützungsrichtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe sowie der Rechtsmittelmöglichkeit Kenntnis genommen zu haben.

Name und Vorname (bitte in Blockschrift) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_      GesuchstellerIn  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_      EhepartnerIn  
(Unterschrift)

### Anlagen

Checkliste, Merkblatt über die Sozialhilfe,