

# Angaben zu Einkünften, Vermögen und Bedarf des unterhaltsberechtigten Kindes

Bitte entnehmen Sie die verlangten Angaben soweit möglich Ihrer letzten Steuererklärung.

unterhaltsberechtigtes Kind:

Name, Vorname:

Adresse:

Wohnort:

## 1. Ausbildung, Schule Lehre

Aktuelle Ausbildung / Schule / Lehre: \_\_\_\_\_

Ist eine Ausbildung / Schule/ Lehre geplant:

- Ja, als: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 2. Einkünfte

### 1.1. Arbeitseinkünfte

Aktuelle Arbeitseinkünfte?

- Ja  
 Nein

Ergeben sich auf Grund einer geplanten Ausbildung / Schule / Lehre Arbeitseinkünfte?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziffer 1.2.

Beschäftigungsgrad (1. aktuell und 2. geplant): 1. \_\_\_\_\_% 2. \_\_\_\_\_%

Name und Adresse des Arbeitgebers	Art der Erwerbstätigkeit
1.	
2.	

Beilagen:

- Ausbildungs-, Arbeits- bzw. Lehrvertrag  
 Lohnabrechnungen der letzten 6 Monate  
 Bei geplanter Ausbildung / Schule / Lehre / Arbeitsaufnahme:  
Arbeitsvertrag oder Angabe über Arbeitgeber, über hypothetischen Lohn und über Prozentsatz der geplanten Erwerbstätigkeit  
 Falls die Spesen aus der Lohnabrechnung nicht ersichtlich sind, Bestätigung von Arbeitgeber/in  
 Falls Sie Gewinnanteile erhalten, Arbeitgeberbescheinigung

## 1.2. Einkommen durch Sozialversicherungsleistungen

Bezug von IV Rente, IV Taggelder, Ergänzungsleistungen, Unfallrente, Unfalltaggelder, Prämienverbilligung?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziff. 1.3.

IV-Grad: \_\_\_\_%

Art der Rente 1: \_\_\_\_\_ Rente pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_ **pro Jahr: Fr.** \_\_\_\_\_

Art der Rente 2: \_\_\_\_\_ Rente pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_ **pro Jahr: Fr.** \_\_\_\_\_

Art der Rente 3: \_\_\_\_\_ Rente pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_ **pro Jahr: Fr.** \_\_\_\_\_

### Beilagen:

- Aktuelle Verfügungen der IV, der Pensionskasse, der Unfallversicherung, der Ergänzungsleistungen (mit Berechnungsblatt), der Ausgleichskasse betreffend Prämienverbilligung**
- 

## 1.3. Kinderzulagen, Ausbildungszulagen, Familienzulagen

Bezug von Kinderzulagen, Ausbildungszulagen, Familienzulagen?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziff. 1.4.

Bezug der Zulagen durch:

- die Mutter  den Vater

Gesetzliche Zulagen pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Zusätzliche Zulagen des Arbeitgeber pro Monat Fr. \_\_\_\_\_

### Beilagen:

- entsprechende Belege, Lohnabrechnungen beilegen**
- 

## 1.4. Stipendien

Bezug von Stipendien / beantragte Stipendien?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziff. 1.5.

Auszahlung pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

### Beilagen:

- Stipendiengesuch, Stipendienverfügung, Belege über Auszahlung**
- 

## 1.5. Abfindungen, Schadenersatz und ähnliche Leistungen

Bezug von Abfindungen, Schadenersatz, ähnliche Leistungen?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziff. 1.6.

Auszahlung: Fr. \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

Verfügung der Versicherungsgesellschaft

---

### 1.6. Kapitalerträge

Erhalten Sie Zinsen aus Bank-/Postkonten, Obligationen, Aktien, Darlehen etc., welche insgesamt den Betrag von Fr. 600.00 übersteigen?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziff. 1.9.

**Beilagen:**

entsprechende Belege der Zinsen (z.B. Bankbelege) beilegen

---

### 1.7. Sonstige Einkünfte/ freiwillige Leistungen Dritter

Sonstige Einkünfte und / oder freiwillige Leistungen Dritter?

- Ja  
 Nein, wenn nein weiter bei Ziff. 2.

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Wieviel pro Jahr: Fr. \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Wieviel pro Jahr: Fr. \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

entsprechende Belege (z.B. Verträge, Quittungen, Bankbelege) beilegen

---

## 2. Vermögen

Ist Kindsvermögen vorhanden?

- Ja *Sie sind verpflichtet, die Ziffern 2.1. und 2.2. wahrheitsgetreu auszufüllen.*  
 Nein, wenn nein bitte weiter bei Ziff. 3.
- 

### 2.1. Bank-/Postkonten, Obligationen, Aktien, Darlehen etc.

**Beilagen:**

entsprechende Belege sämtlicher Konti, Obligationen, Aktien, Darlehen (z.B. aktuelle Kontobelege)

---

### 2.2. Andere Vermögenswerte: (Wertgegenstände , Liegenschaften etc.)

Bezeichnung	Aktueller Wert:
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.

**Beilagen:**

entsprechende Belege der Vermögenswerte

---

## 3. Bedarf

### 3.1. Krankenkasse

Kosten pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

**Krankenversicherungspolice**

---

### 3.2. Fremdbetreuung des Kindes

#### a. Pflegefamilie

Aufenthalt des Kindes tagsüber oder während der Woche in einer **Pflegefamilie** (aktuell oder geplant nach Ende des Mutterschaftsurlaubes)?

ja

nein, wenn nein weiter zu Bst. b.

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Kosten pro Tag: Fr. \_\_\_\_\_

Kosten pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

**Pflegevertrag**

#### b. Tageshort

Aufenthalt des Kindes tagsüber oder während der Woche in einem **Tageshort** (aktuell oder geplant nach Ende des Mutterschaftsurlaubes)?

ja

nein, wenn nein weiter zu Bst. c:

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Kosten pro Tag: Fr. \_\_\_\_\_

Kosten pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

**entsprechende Belege (z.B. Vertrag mit Tageshort, Rechnungen)**

#### c. Heim

Aufenthalt des Kindes tagsüber oder während der Woche in einem **Heim** (aktuell oder geplant nach Ende des Mutterschaftsurlaubes)

ja

nein, wenn nein weiter zu Ziffer 3.3.

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Kosten pro Tag: Fr. \_\_\_\_\_

Kosten pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Von wem werden die Kosten übernommen? \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

entsprechende Belege (z.B. Vertrag mit Heim, Rechnungen)

---

**3.3. Mehrkosten aus schulischen Gründen**

Besuch einer speziellen Schule (Privatschule, Sonderschule, Kantonsschule, andere)?

ja

nein, wenn nein weiter zu Ziffer 3.4.

Name und Adresse der Schule: \_\_\_\_\_

Grund für Privatschule, Sonderschule: \_\_\_\_\_

Schulkosten pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Verkehrsauslagen pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Auswärtige Verpflegung pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Andere Kosten pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Von wem werden die Kosten übernommen? \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

entsprechende Belege (z.B. Vertrag mit Schule, Rechnungen)

---

**3.4. Mehrkosten aus gesundheitlichen Gründen, welche nicht von der Krankenkasse / Invalidenversicherung übernommen werden**

ja

nein, wenn nein weiter zu Ziffer 3.5.

Grund: \_\_\_\_\_

Kosten für

\_\_\_\_\_ pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Kosten für

\_\_\_\_\_ pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Kosten für

\_\_\_\_\_ pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

entsprechende Belege (Kostenablehnung der Krankenkasse, Versicherungen, Rechnungen etc.)

---

**3.5. Mehrkosten aus anderen Gründen**

nein

wenn ja

Grund: \_\_\_\_\_

Kosten für

\_\_\_\_\_ pro Monat: Fr. \_\_\_\_\_

Kosten für

\_\_\_\_\_ pro Monat:

Fr. \_\_\_\_\_

Kosten für

\_\_\_\_\_ pro Monat:

Fr. \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

entsprechende Belege (Rechnungen etc.)

---

**Die/Der Unterzeichnete bestätigt, alle oben gemachten Angaben wahrheitsgetreu und vollständig gemacht zu haben und die oben stehende Rechtsbelehrung zur Kenntnis genommen zu haben.**

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_