

Eingangsdatum

- 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.

Familienname: _____ Geburtsdatum: _____

| | | | | | | |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Zivilstand: | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> tatsächlich getrennt | <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|

Wohnsitz: _____ seit: _____

Beruf: _____ eMail: _____

Für Ausländer: Heimatstaat: _____ Aufenthaltsbewilligung: _____

Personalien des Ehegatten ☐ oder des Konkubinatspartners ☒ (X)

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnsitz: _____ seit: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Heimatort: _____

Für Ausländer: Heimatstaat: _____ Aufenthaltsbewilligung: _____

☐ **Personalausweis mitbringen** (Reisepass oder Identitätskarte)

Eheliche Kinder

| | | | |
|---------------|----------|---------------|----------|
| Familienname: | Vorname: | Geburtsdatum: | Adresse: |
|---------------|----------|---------------|----------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 Kindes- oder erwachsenenschutzrechtliche Massnahme? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte Art der Massnahme ankreuzen
Begleitbeistandschaft ☐ Vertretungsbeistandschaft ☐ Mitwirkungsbeistandschaft ☐ Umfassende Beistandschaft/Vormundschaft ☐ Andere ☐

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

Wer führt die Massnahme? (Name und Adresse des (Berufs-)Beistandes/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? _____

Haben Sie eine laufende Rechtsschutzversicherung? ☐ ja ☐ nein

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 Versicherungspolice(n) 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? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Total Fr. _____ Monat Total Fr. _____ Monat | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Kopie Gerichtsurteil/Unterhaltsvertrag mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen. | | | | |
| 4 | Haben Sie krankheitsbedingte Kosten? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Welche? _____ Welche? _____ Welche? _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <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? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Total Fr. _____ Total Fr. _____ Total Fr. _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> immer detaillierte Auszüge sämtlicher Bank- und PC-Konti der letzten 12 Monate belegen. | | | | |
| 7 | Besitzen Sie Grundeigentum in der Schweiz oder im Ausland? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Wert: Fr. _____ Wert: Fr. _____ Wert: Fr. _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Grundbuchauszug beilegen | | | | |
| 8 | Besitzen Sie ein Fahrzeug (Auto, Motorrad etc.)? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? Ist das Fahrzeug geleast? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Marke, Jg: _____ Wert: Fr. _____ Wert: Fr. _____ Wert: Fr. _____ Firma: _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Fahrzeugausweis beilegen. Wenn geleast, Leasingvertrag beilegen. | | | | |
| 9 | Besitzen Sie eine Lebensversicherung? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte sämtliche Policen beilegen. | | | | |
| 10 | Besitzen Sie sonstiges Vermögen? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Total Fr. _____ Total Fr. _____ Total Fr. _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <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 Betreibungen? | <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 Betreibungsauszug oder Pfändungsurkunde beilegen (falls bereits vorhanden) | | | |
| 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 <u>Kündigungsschreiben</u> des Arbeitgebers und <u>Kopie der Anmeldung</u> bei der Arbeitslosenversicherung beilegen)? | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Datum: _____ |
| 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. | | | |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 29 | Haben Sie im laufenden Jahr einen Antrag auf Prämienverbilligung gestellt? Wenn ja, haben Sie eine Prämienverbilligung erhalten? <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Verfügung beilegen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein | |
| 30 | Haben Sie Anspruch auf Alimente? Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Total Fr. _____ Total Fr. _____ Total Fr. _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Kopie Scheidungsurteil/Unterhaltsvereinbarung mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen. | | | |
| 31 | Erzielen Sie sonstiges Einkommen? (Naturaleinkommen, Ertrag aus ungeteilten Erbschaften, Nutzniessung, Wohnrecht usw.) Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? Ihre Kinder? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja | Total Fr. _____ Total Fr. _____ Total Fr. _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> Bitte einen Nachweis beilegen. | | | |

Aktuelles Bank- Postkonto:

☐ Bankkonto: _____ Clearing Nummer: _____
 IBAN: _____

☐ Postkonto-Nr. _____

Bemerkungen / Ergänzungen / weitere einzureichende Unterlagen

Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Heimatort der Eltern

Erklärung und Verpflichtung der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers

Auskunftspflicht (gem. Art. 18 Sozialhilfegesetz, abgekürzt SHG, bGS 851.1)

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 (gem. Art. 19 SHG)

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 Aufnahme einer zumutbaren Tätigkeit (gem. Art. 20 SHG)

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 (gem. Art. 26 SHG)

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 zurückzuzahlen sind, wenn sich meine finanzielle Lage verbessert hat und eine Rückerstattung zumutbar ist (Art. 19 GöF).

Verwandtenunterstützung (gem. Art. 24 SHG)

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 hilffähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung prüft und gegebenenfalls geltend macht.

Kürzung, Unterbrechung oder Entzug von Sozialhilfeleistungen (gem. Art. 22 SHG)

Es ist mir bewusst, dass die Sozialhilfeleistungen gekürzt, unterbrochen oder eingestellt werden, wenn Informations- und Mitwirkungspflichten verletzt und namentlich unvollständige oder falsche Auskünfte erteilt bzw. Unterlagen eingereicht, Leistungen nicht bestimmungsgemäss verwendet, Auflagen und Weisungen nicht beachtet werden oder zumutbare Arbeit abgelehnt oder in anderer Weise die Wiedereingliederungsbemühungen nicht aktiv unterstützt werden.

Vollmacht (gem. Art. 31 SHG)

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 Drittanträgen sowie die Prüfung der Rückerstattungs- und Verwandtenunterstützungspflicht notwendig sind** (z.B. Banken, Versicherungen, Krankenkassen, Sozialversicherungen, Postcheckämter, Arbeitsstellen, Steuerverwaltungen, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Anwälte sowie öffentliche und private Sozialinstitutionen).

Ich habe das Antragsformular durchgelesen und verstanden. Alle Angaben sind vollständig und wahrheitsgetreu. Die oben genannte Erklärung und Verpflichtung habe ich gelesen und bin einverstanden.

, den

Gesuchstellerin / Gesuchsteller:

Ehepartner/Lebenspartner: