Soziale Dienste
Bernhauserstrasse 5
8588 Zihlschlacht
+41 58 346 05 19
soziales@zihlschlacht-sitterdorf.ch

Abgabe _____

Rückgabe _____

Antrag auf Unterstützung bei der Einkommens- und Vermögensverwaltung (freiwillige Einkommensverwaltung)

Für Ergänzungen verwenden Sie bitte die Rückseite

Antragsteller/in

Name _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

_____

Zivilstand _____gültig seit:_____

(ledig / verheiratet / geschieden / getrennt / eingetr. Partnerschaft / Konkubinat)

Nationalität _____ Aufenthaltsbewilligung _____

Heimatort(e) _____

Telefon/Natel _____

Email _____

Zuzug Zihlschlacht-Sitterdorf am:_____von wo:_____

EhepartnerIn / LebenspartnerIn / KonkubinatspartnerIn / MitbewohnerIn

Name _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

_____

Zivilstand _____gültig seit:_____

(ledig / verheiratet / geschieden / getrennt / eingetr. Partnerschaft / Konkubinat)

Nationalität _____ Aufenthaltsbewilligung _____

Heimatort(e) _____

Telefon/Natel _____

Email _____

Zuzug Zihlschlacht-Sitterdorf am:_____von wo:_____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Kinder

Name / Vorname	Geburtsdatum	besteht eine Beistandschaft?	
_____	_____	ja ☐	nein ☐
_____	_____	ja ☐	nein ☐
_____	_____	ja ☐	nein ☐
_____	_____	ja ☐	nein ☐

Wo halten sich die Kinder auf?

_____

Arbeitssituation Antragssteller

Sind Sie zurzeit ☐ erwerbstätig ☐ arbeitslos

☐ auf Stellensuche ☐ ausgesteuert

☐ krank / verunfallt

Letzter Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____erfolgreich abgeschlossen?_____

Aktueller Arbeitgeber _____

Angestellt seit _____

Letzter Arbeitgeber _____

Bei Arbeitslosigkeit

beim RAV gemeldet? _____seit_____

Name RAV-Berater _____

Wenn nicht angemeldet, weshalb nicht? _____

Arbeitssituation Ehe-/Lebens-Konkubinatspartner / Mitbewohner

Partner ist zurzeit ☐ erwerbstätig ☐ arbeitslos

☐ auf Stellensuche ☐ ausgesteuert

☐ krank / verunfallt

Letzter Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____erfolgreich abgeschlossen?_____

Aktueller Arbeitgeber _____

Angestellt seit _____

Letzter Arbeitgeber _____

Arbeitssituation Kinder im gleichen Haushalt

Kind _____ ☐ in Ausbildung/erwerbstätig ☐ Schüler/in

Kind _____ ☐ in Ausbildung/erwerbstätig ☐ Schüler/in

Kind _____ ☐ in Ausbildung/erwerbstätig ☐ Schüler/in

Aktueller Arbeitgeber _____

Angestellt seit _____

Gesundheit:

Hausarzt: _____

Andere Ärzte: _____

Laufende Behandlung? _____

Sind Sie krank geschrieben?:_____seit wann:_____

Gesundheitliches Leiden:_____

Allgemeine Fragen: (für Ergänzungen bitte Rückseite verwenden)

Wurden sie schon einmal durch einen Sozialdienst o.ä. unterstützt? ☐ Ja ☐ ein

Wenn ja, zuständige Gemeinde / Person _____

In welchem Umfang wurden Sie unterstützt? _____

Wichtige Bezugspersonen / Hausarzt / Betreuer

Name / Vorname _____ Funktion _____

Adresse _____ Ort _____

Name / Vorname _____ Funktion _____

Adresse _____ Ort _____

Besteht für Sie oder Ihr/e Partner/in eine vormundschaftliche Massnahme?

☐ Nein

☐ Ja, für:_____Beistand: Name / Vorname, Adresse und Telefonnummer

_____

Sprechen Gründe gegen die Einrichtung einer vormundschaftlichen Massnahme? Wenn ja, welche? Wenn nein, haben Sie bereits einen Antrag bei der KESB eingereicht?

☐ Nein

☐ Ja

_____

_____

_____

_____

Stehen Sie in Kontakt mit weiteren Beratungsstellen oder der Bewährungshilfe?

☐ Nein

☐ Ja, welche Stelle? Ansprechperson?

_____

Wohnen:

☐ Wohnung ☐ Eigentum

☐ Haus / Hausteil ☐ Miete

Anzahl Zimmer _____

Anzahl Bewohner _____

Mietzins netto _____ Nebenkosten:_____

Bestehen Mietzinsausstände?

☐ Nein

☐ Ja, welche Monate?

_____

Mietvertrag gekündigt?

☐ Nein

☐ Ja, per wann? _____

Weitere Personen, die im Haushalt leben (auch aufführen, wenn nicht Familie):

Name / Vorname _____

Name / Vorname _____

Name / Vorname _____

Krankenkasse:

Name des Versicherers _____

Bestehen Prämienausstände oder ein Leistungsstopp?

☐ Nein

☐ Ja, welche Höhe und welche Monate? (bitte Kontoauszug von Krankenkasse beilegen)

_____

Bank- / Postverbindung:

☐ Bank ☐ Post

Name Bank _____

Adresse der Bank _____

Konto-Nummer/IBAN _____

lautend auf _____

Saldo _____per:_____

Über wie viele Konti verfügen Sie insgesamt?

(auch Sparkonto etc.)

Anzahl: _____

Kontoanbieter : _____lautend auf: _____

Kontoanbieter : _____lautend auf: _____

Kontoanbieter : _____lautend auf: _____

Kontoanbieter : _____lautend auf: _____

Kontoanbieter : _____lautend auf: _____

Kontoanbieter : _____lautend auf: _____

Finanzielle Verhältnisse

Gesuchsteller / Wohnpartner

Einnahmen:

Erwerbseinkommen	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Erwerbseinkommen _____	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Kinderzulagen / Familienzulagen	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Vermögen	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Bargeld	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Sparguthaben (auch Kinder)	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Liegenschaften (In- und Ausland)	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Sozialhilfeunterstützung	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Arbeitslosenentschädigung	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Pensionskasse / Rente	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Lebensversicherung	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
IV -Rente .	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Ergänzungsleistungen	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
SUVA-Rente	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Unfalltaggelder	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
IV-Taggelder	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Stipendien	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Motorfahrzeuge / Auto	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Andere Einkommen /Vermögenswerte	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Sonstiges_____	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____

Ausgaben / Schulden:

Kredite / Leasing	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Alimentenschulden / Unterhaltsverpf.	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Krankenkassen Schulden	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Betreibungen / Verlustscheine	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
Steuerschulden	☐ ja	☐ nein	Fr. _____	_____
sonstige Schulden / Ausgaben	☐	☐ ja nein	Fr. _____	

Problemsituation (für Ergänzungen bitte Rückseite benützen)

Umschreiben Sie bitte Ihre Problemsituation

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Haben Sie bei Ihren Verwandten (in auf- und absteigender Linie) bereits um Hilfe nachgesucht?

ja ☐ nein ☐

Wenn nein, warum nicht? _____

_____

_____

Welche Unterstützung erwarten Sie von uns?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bemerkungen

_____

_____

---------- ***Erklärung*** ----------

Der Antragsteller bzw. die Antragstellerin erklärt:

- dem Sozialamt umfassend und wahrheitsgetreu Auskunft erteilt zu haben.

Ort / Datum: .....

Name / Vorname: .....

Unterschrift: .....

Ort / Datum: .....

Name / Vorname: .....

Unterschrift: .....

Folgende Unterlagen sind <u>zusammen</u> mit dem Antrag einzureichen:

Bei der Überprüfung Ihres Antrages sind wir auf Ihre Zusammenarbeit angewiesen. Ohne die unten aufgeführten Unterlagen ist eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich. Sollten Sie gewisse Unterlagen nicht beschaffen können, stehen wir Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

- ☐ Aktuelle detaillierte Vermögensausweise wie Bankkontoauszüge, Postkonti, Wertschriften der letzten 6 Monate aller Familienangehöriger (aller im Haushalt lebender Personen, auch Lebenspartner und Kinder) Bitte beachten Sie, dass wir auch den Nachweis über bereits saldierte Konten benötigen
- ☐ unterzeichnete Vollmacht Einkommensverwaltung
- ☐ Kopie des aktuellen Mietvertrages
- ☐ Kopie der Lohnabrechnungen aller erwerbstätigen Familienangehörigen / Mitbewohnern (auch Lehrlinge) der letzten 3 Monate sowie alle Arbeitsverträge
- ☐ Abrechnungen der letzten 3 Monate beim Bezug von Versicherungsleistungen (Arbeitslosentaggelder , Unfalltaggelder, IV-Taggelder, Krankentaggelder etc.)
- ☐ Kopie aktuelle Krankenkassenpolice aller Personen
- ☐ Aktuelle Police der Hausrat- / Privathaftpflichtversicherung
- ☐ Aktuellste Verfügungen oder Entscheide der Arbeitslosenkasse, AHV, IV, EL, HE, SUVA und / oder anderer Sozialversicherungen
- ☐ Sämtliche anderweitige Belege über Einnahmen wie z.B. Alimentenzahlungen, Ehegatten-Alimente, Renten, Versicherungsleistungen, Kinderzulagen, Krankenkassen-Prämienverbilligung etc.
- ☐ Kopien von Trennungs-, Scheidungsurteilen (bei aktueller Trennung: superprovisorische Trennungsverfügung) oder Unterhaltsverträge / Alimentenzahlungen
- ☐ Letztes Veranlagungsprotokoll der Steuererklärung und letzte Steuerrechnung
- ☐ Aktuelles Arztzeugnis bei Arbeitsunfähigkeit
- ☐ Belege für Kosten infolge Erwerbstätigkeit (Arbeitsweg, auswertige Verpflegung, Kinderbetreuung etc.)
- ☐ Bescheinigung über BVG-Guthaben (Pensionskasse) (Freizügigkeitspolice, Sperrkonto)
- ☐ Fahrzeugausweise sämtlicher Fahrzeuge (Auto, Motorrad etc.)
- ☐ Liegenschaftenverzeichnis mit Steuerwertschätzung (auch von Auslandsliegenschaften)
- ☐ Belege über Schulden (Betreibungsregisterauszug, Existenzminimumberechnung etc)
- ☐ Hypothekar-/ Kredit-/ Leasing- oder andere Schuldverträge

Vollmacht für Auskünfte und Handlungen
(mit Substitutionsbefugnis)

Name und Vorname: _____ (Vollmachtgeber)

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

_____

Vers. Nr.: _____

Oben genannte Person (Vollmachtgeber) bestellt hiermit die **Sozialen Dienste Zihlschlacht-Sitterdorf, vertreten durch Anja Hohengasser, Bernhauserstrasse 5, 8588 Zihlschlacht** (Bevollmächtigte), in nachfolgender Angelegenheit zu ihrem Bevollmächtigten:

Die Bevollmächtigte ist berechtigt, vor Behörden und Privaten die erforderlichen Erklärungen und Unterschriften abzugeben, Verträge abzuschliessen, sie öffentlich beurkunden zu lassen und zur Eintragung im Grundbuch anzumelden, Gelder und andere Werte in Empfang zu nehmen und dafür rechtsgültig zu quittieren, wie überhaupt alle zur vollständigen Erledigung des Geschäfts erforderlichen Rechtshandlungen vorzunehmen oder zu veranlassen, alles mit der Wirkung, wie wenn dieselben vom Vollmachtgeber selbst vollzogen würden.

Ebenfalls soll die Bevollmächtigte die Interessen des Vollmachtgebers in Bezug auf ihre AHV/IV-Renten, Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung gegenüber der Ausgleichskasse des Kantons Thurgau sowie der Pensionskasse vertreten.

Die Bevollmächtigte kann in ihrem Namen und auf ihre Verantwortung die Ausübung der Befugnisse aus dieser Vollmacht einem Stellvertreter übertragen. Der Vollmachtgeber anerkennt alle Handlungen und Erklärungen des Stellvertreters als für ihn unbedingt rechtsverbindlich.

Diese Vollmacht kann nur schriftlich und mit beidseitiger Unterschrift von Bevollmächtigter und des Vollmachtgebers widerrufen werden.

Bezeichnung des Geschäfts:
Erledigung der Finanzen des Vollmachtgebers

Ort und Datum:

Bevollmächtigte: Vollmachtgeber:

Anja Hohengasser _____