

Antrag «Freiwillige Finanzverwaltung»

Personalien

Antragstellende Person

| | | | |
|---------------|--|--------------|--|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | |
| Strasse, Nr. | | PLZ, Ort | |
| Telefon | | E-Mail | |

Ehegattin/-gatte, Konkubinatspartnerin/-partner

| | | | |
|---------------|--|--------------|--|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | |
| Strasse, Nr. | | PLZ, Ort | |
| Telefon | | E-Mail | |

Haushaltseinkommen

- Lohn
 AHV-Rente
 anderes
- IV-Rente
 Ergänzungsleistungen (EL)

Erläuterung

Warum benötigen Sie eine freiwillige Finanzverwaltung / Betreuung?

Notwendige Unterlagen

Bitte reichen Sie die folgenden Unterlagen (sofern zutreffend), zusammen mit dem ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen ein.

Einnahmen

- Dokumente Invalidenversicherung (IV)
- Dokumente Arbeitslosenkasse (ALV)
- Dokumente Arbeitsvermittlung (RAV)
- Dokumente Altersversicherung (AHV)
- Dokumente Ergänzungsleistungen (EL)
- Dokumente Unfalltaggelder (SUVA)
- Verfügung Krankentaggelder (KTG)
- letzte Lohnabrechnungen
- Unterlagen zu weiteren Einnahmen

Ausgaben

- aktuelle Krankenkassenpolice(n) (KVG und
- VVG) aktueller Mietvertrag/Untermietvertrag
- aktuelle Versicherungspolice(n) (Hausrat, Haftpflicht, Privathaftpflicht, Rechtsschutz, Fahrzeuge,
- etc.) Unterlagen zu wiederkehrenden Kosten (z.B. Handy/Internet/TV-Abo, ÖV-Abo, etc.)
- Unterlagen zu weiteren Ausgaben

Vermögen

- Dokumente berufliche Vorsorge (BVG)
- Dokumente private Vorsorge (3. Säule)
- Betreibungsregisterauszug
- letzte definitive Steuerveranlagung
- aktuelle Kontoauszüge aller Bankkonten

Sonstige

- ID-/Passkopie, Kopie Ausländerausweis
- Trennungs-/Scheidungsurteile
-

Bestätigung

Ich bin damit einverstanden, dass nach Möglichkeit und unter Berücksichtigung der finanziellen Lage, eine monatliche Aufwandspauschale von mind. Fr. 50.00 erhoben wird und dass bei Vertragsabschluss eine Meldung an die Einwohnerdienste der Gemeinde sowie die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) gemacht wird.

Soziale Dienste Zihlschlacht-Sitterdorf

| | |
|-------------------------------------|---|
| Ort, Datum | |
| Unterschrift antragstellende Person | Unterschrift Ehegattin/-gatte, Konkubinatspartnerin/-partner |

Soziale Dienste Zihlschlacht-Sitterdorf
Bernhauserstrasse 5
8588 Zihlschlacht-Sitterdorf

058 346 05 19
soziales@pgzs.ch