



## Antrag auf Sozialhilfeleistungen

Eingangsdatum

### Hinweise zum Ausfüllen der Anmeldung:

- 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.

### Personalien des Antragstellers

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  tatsächlich getrennt  gerichtlich getrennt  
seit wann? Datum: \_\_\_\_\_

Wohnsitz: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Für Ausländer: Heimatstaat: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung: \_\_\_\_\_

**Personalausweis mitbringen** (Reisepass oder Identitätskarte)

### Personalien des Ehegatten oder des Konkubinatspartners (X)

Familienname: \_\_\_\_\_ Heiratsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnsitz: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Für Ausländer: Heimatstaat: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung: \_\_\_\_\_

**Personalausweis mitbringen** (Reisepass oder Identitätskarte)

### Kinder des Gesuchstellers und des Konkubinatspartners

Eheliche Kinder

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:

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

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Adresse:

**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? \_\_\_\_\_

Besteht für Sie oder ein Familienmitglied eine vormundschaftliche bzw. gesetzliche Massnahme?  ja  nein

Wenn ja, bitte Art der Massnahme ankreuzen

Beistandschaft  Beiratschaft  Vormundschaft  Bewährungshilfe  Andere

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

\_\_\_\_\_

Wer führt die Massnahme? (Name und Adresse des Beistandes/Beirates/Vormundes/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 App. A.Rh.? \_\_\_\_\_  
 Erster Wohnort im Kanton App. A.Rh.? \_\_\_\_\_  
 Seit wann wohnen Sie in der Gemeinde? \_\_\_\_\_  
 Von welcher Gemeinde sind Sie zugezogen? \_\_\_\_\_

### Gründe der Unterstützungsbedürftigkeit

---



---



---



---



---



---



---



---

### Welche Art der Unterstützung beantragen Sie?

- Finanzielle Unterstützung für den Lebensunterhalt allgemein
- Übernahme von KK-Beiträgen
- Übernahme von anderen Kosten: \_\_\_\_\_
- Budgetberatung
- Sozialberatung
- \_\_\_\_\_

## Ausgaben

1	Bei welcher Krankenkasse sind Sie und Ihre Familienmitglieder versichert? _____				
	<b>Bitte sämtliche Versicherungspolicen der Krankenkassen beilegen.</b>				
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?				_____

	<p>Sofern Sie keinen eigenen Haushalt führen</p> <p>a) Bei wem wohnen Sie? _____</p> <p>b) Seit wann wohnen Sie da? _____</p> <p>c) Wie viele Personen leben in diesem Haushalt? _____</p> <p>d) Wie hoch ist die Wohnungsmiete? Fr. _____</p> <p><b>Bitte eine Kopie des Mietvertrages oder der Bank über die aktuellen Hypotheken sowie einen aktuellen Zahlungsnachweis beilegen.</b></p>
3	<p>Müssen Sie Alimente bezahlen? <input type="checkbox"/> ja Total Fr. _____ Monat <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja Total Fr. _____ Monat <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn ja, bitte Kopie Gerichtsurteil/Unterhaltsvertrag mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen.</b></p>
4	<p>Haben Sie krankheitsbedingte Kosten? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn ja, bitte Arztzeugnis beilegen.</b></p>
5	<p>Haben Sie eine Hausrat- und Haftpflicht-Versicherung? <input type="checkbox"/> ja Jahresprämie: Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn ja, bitte Police beilegen.</b></p>

## Vermögen

6	<p>Besitzen Sie Wertschriften/Sparguthaben? <input type="checkbox"/> ja Total Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja Total Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja Total Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Vermögensstand anhand von Kontoauszügen der letzten 12 Monate beilegen.</b></p>
7	<p>Besitzen Sie Grundeigentum in der Schweiz oder im Ausland? <input type="checkbox"/> ja Wert: Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja Wert: Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja Wert: Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn ja, bitte Grundbuchauszug beilegen</b></p>
8	<p>Besitzen Sie ein Fahrzeug (Auto, Motorrad etc.)? <input type="checkbox"/> ja Marke, Jg: _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja Wert: Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja Wert: Fr. _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ist das Fahrzeug geleast? <input type="checkbox"/> ja Firma: _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn ja, bitte Fahrzeugausweis beilegen. Wenn geleast, Leasingvertrag beilegen.</b></p>
9	<p>Besitzen Sie eine Lebensversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn ja, bitte sämtliche Policen beilegen.</b></p>

10	Besitzen Sie sonstiges Vermögen?	<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
<b>Wenn ja, um was für Vermögen handelt es sich? Bitte Nachweis beilegen.</b>				
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
<b>Wenn ja, bitte eine Kopie des Nachlassinventars beilegen.</b>				
12	Haben Sie private Schulden?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, bitte eine detaillierte Aufstellung mit Belegen einreichen.</b>				
13	Haben Sie Kreditschulden?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, bitte Kreditverträge einreichen.</b>				
14	Haben Sie Beteiligungen?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, bitte Beteiligungsauszug oder Pfändungsurkunde beilegen.</b>				
15	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
<b>Wenn ja, bitte Rechnungen beilegen.</b>				

## Einnahmen

16	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
<b>Wenn ja, bitte Lohnabrechnungen der letzten drei Monate beilegen. (Für erwerbstätige Kinder bitte Ausbildungsnachweis/Lehrvertrag usw. beilegen).</b>				
17	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? _____				
18	Sind Sie arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Wenn nein, bitte Arztzeugnis beilegen.</b>				

19	Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit wann? _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit wann? _____	Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit wann? _____
<b>Wenn ja, haben Sie sich bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet (bitte Kündigungsschreiben des Arbeitgebers beilegen)?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum: _____			
20	Haben Sie Auslagen für die Fahrt zum Arbeitsplatz, auswärtige Verpflegung usw.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____
<b>Wenn ja, bitte Nachweis beilegen.</b>			
21	Erhalten Sie Leistungen von der Invaliden-/Hinterlassenversicherung und Ergänzungsleistungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____
<b>Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.</b>			
22	Erhalten Sie Leistungen von der Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	
<b>Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.</b>			
23	Erhalten Sie Leistungen von der Militärversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	
<b>Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.</b>			
24	Erhalten Sie Leistungen von der Pensionskasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	
<b>Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.</b>			
25	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	
<b>Wenn ja, bitte Freizügigkeitspolice/Freizügigkeitskonto beilegen.</b>			
26	Erhalten Sie Leistungen von der Arbeitslosenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihr Ehepartner/Konkubinatspartner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____	Ihre Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Total Fr. _____
<b>Wenn ja, bitte letzte 2 Abrechnungen und Verfügungen beilegen.</b>			

27	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
<b>Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.</b>				
28	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
<b>Wenn ja, bitte Zahlungsbeleg und Verfügung beilegen.</b>				
29	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
<b>Wenn ja, bitte Verfügung beilegen.</b>				
30	Haben Sie im laufenden Jahr einen Antrag auf Prämienverbilligung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<b>Wenn ja, haben Sie eine Prämienverbilligung erhalten?</b>	<input type="checkbox"/> ja	Total Fr. _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja, bitte Verfügung beilegen.</b>				
31	Haben Sie Anspruch auf Alimente?	<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
<b>Wenn ja, bitte Kopie Scheidungsurteil/Unterhaltsvereinbarung mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen.</b>				
32	Erzielen Sie sonstiges Einkommen? (Naturaleinkommen, Ertrag aus unverteilten Erbschaften, Nutzniessung, Wohnrecht 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
<b>Bitte einen Nachweis beilegen.</b>				

**Aktuelles Bank- Postkonto:**

- Bankkonto: \_\_\_\_\_ Clearing Nummer: \_\_\_\_\_  
Bankadresse: \_\_\_\_\_
- Postkonto-Nr. \_\_\_\_\_

**Bemerkungen / Ergänzungen / weitere einzureichende Unterlagen**


---



---



---

## Erklärung und Verpflichtung der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers

### **Auskunftspflicht**

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, vollumfänglich und samt Zins zurückerstatten muss.

### **Meldepflicht**

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 Arbeitspflicht**

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 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**

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 (Art. 13 SHG). Es ist mir bewusst, dass die bezogenen Sozialhilfeleistungen zurückzuzahlen sind, wenn sich meine finanzielle Lage verbessert hat und eine Rückerstattung zumutbar ist (Art. 18 SHG).

### **Verwandtenunterstützung**

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 hilfswfähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung prüft und gegebenenfalls geltend macht.

### **Kürzung und Einstellung der Leistungen**

Es ist mir bewusst, dass die Sozialhilfeleistungen gekürzt oder eingestellt werden, wenn ich die vorstehenden Pflichten nicht erfülle oder Bedingungen und Auflagen des Sozialamtes missachte (Art. 17 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 Drittansprüchen sowie die Prüfung der Rückerstattungs- und Verwandtenunterstützungspflicht** notwendig sind (z. B. Banken, Versicherungen, Krankenkassen, Sozialversicherungen, Postcheckämter, Amtsstellen, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Anwälte sowie öffentliche und private Sozialinstitutionen).

Ich habe das Antragsformular durchgelesen und verstanden. Alle Angaben sind vollständig und wahrheitsgetreu.

Ich bestätige, eine gleichlautende Kopie dieser Erklärung und Verpflichtung erhalten zu haben.

....., den .....

.....  
Gesuchstellerin/Gesuchsteller

.....  
Ehepartner/Lebenspartner