

## **Sozialbehörde**

Mühlestrasse 4 PF 222 8157 Dielsdorf  
Telefon 044 854 71 70 Fax 044 854 71 75  
sozialamt@dielsdorf.ch



## **An die Sozialhilfeempfänger der Gemeinde Dielsdorf**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie dieses Gesuchsformular so rasch wie möglich ausfüllen, und die gewünschten Unterlagen auf dem Sozialsekretariat abgeben. Je rascher wir die Unterlagen haben, desto eher können wir über Ihr Gesuch um finanzielle Hilfe entscheiden. Folgende Unterlagen müssen mit dem Gesuchsformular abgegeben werden.

- Ausländerausweis (Ausländer)
- Mietvertrag und letzte Mietzinsquittung
- Krankenkassen Versicherungsausweise und letzte Prämienquittung
- Lohnabrechnungen und Einkommensausweise aller Erwerbstätigen Familienangehöriger (auch Lehrverträge der Kinder)
- Verfügungen/Ausweise über den Bezug von Leistungen der AHV/IV/SUVA und Zusatzleistungen
- Trennungs-, Scheidungs- oder Vaterschaftsurteile
- Quittungsbelege von Alimentenzahlungen
- Verfügungen über Kleinkinderbeiträge und Alimentenbevorschussungen
- Rechnungen für Hort, Krippe oder Tagesmutter
- Freizügigkeitspolice BVG
- Steuererklärung
- Weitere Versicherungspolice
- Auszüge des Vormonats des Bank- oder Postkontos, Belege über Obligationen oder Aktien
- Aufstellung der offenen Rechnungen
- Spar-, Abzahlungs- und Darlehensverträge

### **Bei Arbeitslosigkeit:**

- Kündigungsschreiben
- Letzte Lohnabrechnung
- Formulare Arbeitsbemühungen
- Terminbestätigung des RAV

### **Bei Arbeitsunfähigkeit:**

- Arztzeugnis

## Sozialbehörde

Mühlestrasse 4 PF 222 8157 Dielsdorf  
Telefon 044 854 71 70 Fax 044 854 71 75  
sozialamt@dielsdorf.ch



# Gesuch um finanzielle Unterstützung

## GesuchstellerIn

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Heimatort / - Staat \_\_\_\_\_

Gegenwärtige Tätigkeit \_\_\_\_\_ Getrennt seit:

Namen/Vornamen der Eltern: - tatsächliche Trennung \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ - gerichtliche Trennung \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ Geschieden seit \_\_\_\_\_

Verwitwet seit \_\_\_\_\_

## EhepartnerIn

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Heimatort / - Staat \_\_\_\_\_

Gegenwärtige Tätigkeit \_\_\_\_\_ Getrennt seit:

Namen/Vornamen der Eltern: - tatsächliche Trennung \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ - gerichtliche Trennung \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ Geschieden seit \_\_\_\_\_

Verwitwet seit \_\_\_\_\_

**Kinder**

Name / Vorname                      Geburtsdatum                      Heimatort/-staat                      Aufenthaltsort

---

---

---

---

---

**Weitere Personen im gleichen Haushalt**

---

---

**Letzter Wohnsitz**

Adresse \_\_\_\_\_

**Vormundschaftliche Massnahmen**

Name / Vorname der betreuten Person \_\_\_\_\_

Funktion, Name und Adresse des Betreuers \_\_\_\_\_  
(Vormund, Beirat, Beistand)

Zuständige Vormundschaftsbehörde \_\_\_\_\_

Grund der Massnahme (ZGB-Artikel) \_\_\_\_\_

***Erklärung zu den finanziellen Verhältnissen***

**Einkommen**

Erwerbstätigkeit \_\_\_\_\_

- Ehepartner/in \_\_\_\_\_

- Kinder \_\_\_\_\_

Arbeitslosentaggeld / ALH \_\_\_\_\_

Versicherungsleistungen \_\_\_\_\_

Renten \_\_\_\_\_

Alimente / Kinderzulagen \_\_\_\_\_

Name / Adresse des/der Unterstützungspflichtigen \_\_\_\_\_

Andere Einnahmen \_\_\_\_\_

**Vermögen**

Bargeld \_\_\_\_\_

Saldo Bankkonto \_\_\_\_\_ Saldo Postcheckkonto \_\_\_\_\_

Wertschriften \_\_\_\_\_

Wertgegenstände \_\_\_\_\_

Guthaben aus unverteilter Erbschaften  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Motorfahrzeuge  Ja  Nein Jahrgang \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_

Grundeigentum / Liegenschaften  Ja  Nein

- Schweiz \_\_\_\_\_

- Ausland \_\_\_\_\_

Lebensversicherung: \_\_\_\_\_

Freizügigkeitskonto: \_\_\_\_\_

**Schulden**

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

Ausstehende Krankenkassenprämien Fr. \_\_\_\_\_

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

Konsumkredit Höhe \_\_\_\_\_ Monatsrate \_\_\_\_\_ Laufzeit \_\_\_\_\_

Höhe \_\_\_\_\_ Monatsrate \_\_\_\_\_ Laufzeit \_\_\_\_\_

Andere Schulden \_\_\_\_\_

Betreibungen  Ja  Nein

Laufende Lohnpfändungen  Ja  Nein

Betriebsrechtliches Existenzminimum Fr. \_\_\_\_\_

***Verwandten - Verzeichnis***

**Eltern, Geschwister**

	Name Vorname	Adresse	Beruf	Geburtsjahr
Vater				
Mutter				
Geschwister				

### **Wahrheits- und Informationspflicht**

Ich bestätige, obenstehende Fragen wahrheitsgetreu beantwortet und Einsicht in meine Unterlagen gewährt zu haben.

### **Unrechtmässige Bezüge**

Inanspruchnahme öffentlicher Unterstützungen unter unwahren oder unvollständigen Angaben wird als Betrug strafrechtlich verfolgt und die bezogenen Unterstützungen zurückgefordert.

### **Auflagen / Weisungen**

Wenn ich Auflagen und Weisungen der Sozialbehörde, Bereich Sozialhilfe, nicht befolge, wird die wirtschaftliche Hilfe gekürzt.

### **Veränderungen**

Alle Veränderungen in den angegebenen Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnissen (Personenbestand, Wohnadresse, Arbeitgeber) habe ich sofort unaufgefordert der Sozialberatung oder der Sozialbehörde, Bereich Sozialhilfe bekannt zu geben, so z.B. auch der Bezug von Renten irgendwelcher Art, Versicherungsleistungen, Krankentaggeldern oder Unterstützungen von dritter Seite.

### **Verwandtenunterstützung**

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Verwandten grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind (Art. 328/329 ZGB). Wird öffentliche Unterstützung bezogen, prüft die Sozialbehörde, Bereich Sozialhilfe, unter Berücksichtigung der Umstände mit den hilfsfähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung.

### **Rückerstattung**

Ich verpflichte mich, die erhaltenen Unterstützungen zurückzuerstatten, falls ich durch Erbschaft, Lotteriegewinne oder andere nicht auf eigene Arbeitsleistungen zurückzuführende Umstände in finanzielle günstige Umstände gelange, oder sobald ich über momentan nicht realisierbare Vermögenswerte verfügen kann.

### **Vermögensanfall**

Ich verpflichte mich, die Sozialbehörde, Bereich Sozialhilfe, auch nach Beendigung der Unterstützungsbedürftigkeit über solche Vermögensanfälle zu informieren und zwar bis 15 Jahre nach Erhalt der letzten Hilfe.

### **Einsatz von Sozialdedektiven**

Bei Verdacht von Missbrauch der Sozialhilfe ist die Sozialbehörde befugt, einen Sozialdedektiv einzusetzen.

### **Verhinderung eines missbräuchlichen Leistungsbezuges**

Das Sozialamt ist berechtigt, die gemachten Angaben bei den betreffenden Amtsstellen, Arbeitgebern, Banken oder Versicherungen zu überprüfen und im Rahmen von § 27 SHV auch Auskünfte bei Dritten einzuholen.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen Beschlüsse kann innert 30 Tagen vom Empfang der Mitteilung an gerechnet, unter Beilage des Beschlusses, beim Bezirksrat Dielsdorf schriftlich Rekurs eingereicht werden. Der Rekurs ist zu begründen und hat einen Antrag zu enthalten.

Ort/Datum: .....

GesuchstellerIn: .....

***Vollständig ausgefülltes Formular retournieren an:***

Sozialbehörde  
Frau Ruth Beglinger  
Mühlestrasse 4  
8157 Dielsdorf