

Öffnungszeiten

Montag	08.30 bis 12.00 Uhr	14.00 bis 17.00 Uhr
Dienstag	08.30 bis 12.00 Uhr	14.00 bis 17.00 Uhr
Mittwoch		14.00 bis 17.00 Uhr
Donnerstag	08.30 bis 12.00 Uhr	14.00 bis 18.00 Uhr
Freitag	08.30 bis 14.00 Uhr	

Antrag auf Sozialhilfeleistungen

Unter der Voraussetzung, dass Sie sich in einer Notlage befinden, haben Sie Anspruch auf Ausrichtung von Sozialhilfeleistungen. Es ist Aufgabe des Sozialamtes, mit Ihnen die Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen.

Für Sie ist das Sozialamt Arbon zuständig, wenn Sie Ihren Lebensmittelpunkt in Arbon haben.

Sie haben dem Sozialamt sämtliche notwendigen Belege beizubringen. In der Folge erhalten Sie einen Termin, damit mit Ihnen Ihr Unterstützungsanspruch geklärt werden kann. Allfällige Geldleistungen erhalten Sie ab Zeitpunkt des Vorliegens sämtlicher Unterlagen.

Grundsätzlich werden keine Schulden übernommen, sondern nur die laufenden Verpflichtungen im Sinne des sozialhilferechtlichen Existenzminimums. Sozialhilfeleistungen sind rückerstattungspflichtig, sobald Sie sich wieder in guten Einkommens- und Vermögensverhältnissen befinden.

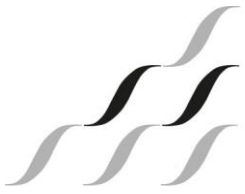
Sie sind zur wahrheitsgemässen Auskunft verpflichtet und haben das Sozialamt umgehend und unaufgefordert über Veränderungen Ihrer finanziellen und persönlichen Verhältnisse zu informieren.

Die Sozialhilfe ist immer subsidiär. Das heisst, Versicherungsleistungen sind an das Sozialamt zur Verrechnung mit den bezogenen Leistungen abzutreten, bei Ihren Angehörigen muss die Verwandtenunterstützung geprüft werden, sie können zur Arbeitsaufnahme verpflichtet werden usw.

Bitte dieses Formular persönlich am Schalter des Sozialamts abgeben.

Die Anmeldung betrifft folgende Anzahl Personen:

___ Erwachsene ___ minderjährige Kinder



Personalien

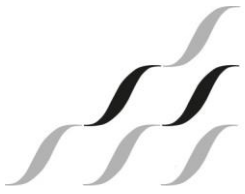
Name	
Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
Email	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Nationalität	
Aufenthaltsbewilligung	
Erlerner Beruf	
Aktuelle Tätigkeit	

Personalien des Partners/ der Partnerin

Beziehung	<input type="checkbox"/> EhepartnerIn	<input type="checkbox"/> KonkubinatspartnerIn	<input type="checkbox"/> WohnpartnerIn
Name			
Vorname			
Adresse			
Telefonnummer			
Geburtsdatum			
Zivilstand			
Nationalität			
Aufenthaltsbewilligung			
Erlerner Beruf			
Aktuelle Tätigkeit			

Kinder

Name								
Vorname								
Strasse								
Plz / Ort								
Geburtsdatum								
Nationalität								
Tätigkeit								
Lebt im gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Benötigte Unterlagen

Sie haben grundsätzlich die notwendigen Belege sämtlicher Haushalt-Mitglieder zur finanziellen Situation beizubringen. Generell werden folgende Akten benötigt:

Fixe Kosten:

- Mietvertrag, Untermietvertrag (bei Untermiete auch Hauptmietvertrag)
- Aktuelle Krankenkassen-Police (von allen Familienmitgliedern)
- Haftpflicht-/Hausratversicherungspolice

Diverse Unterlagen:

- Lebenslauf
- Pass, Identitätskarte oder Ausländerausweis (von allen Familienmitgliedern)
- Letzte Steuerveranlagung und Steuererklärung
- Fahrzeugausweis und Eurotaxbescheinigung über den Wert des Fahrzeuges

Einkommen und Vermögen (inkl. Pensionskasse BVG):

- Bank- oder Postkontoauszüge der letzten ganzen vier Monate bis heute
- Unterlagen der Lebensversicherung
- Pensionskassen-Vorsorgeausweis/-e, Freizügigkeitskonto
- Unterlagen Wohneigentum

Unterlagen Mitbewohner:

- letzte 4 Lohnabrechnungen
- Kontoauszüge letzte 4 Monate
- Monatliche Ein- und Ausgaben Mitbewohner inkl. der Belege

Bei Erwerbstätigkeit / Selbständigkeit:

- Arbeitsvertrag
- letzte vier Lohnabrechnungen
- Sämtliche Unterlagen bzgl. Selbständigkeit (Businessplan, Aufstellung Einnahmen- / Ausgaben inkl. Belege, Kontoauszug Geschäftskonten etc.)

Bei Arbeitslosigkeit:

- Kündigung
- Bestätigung der Anmeldung beim RAV
- Abrechnung der Arbeitslosenentschädigung der letzten vier Monate
- Verfügung der Arbeitslosenkasse

Bei Unfall / Krankheit:

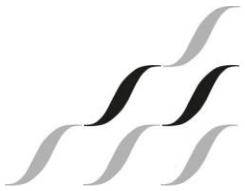
- Arztzeugnis (Arbeitsunfähigkeit in Prozenten, Beginn und Dauer der Krankschreibung)
- Verfügung und Abrechnung bei Kranken- oder Unfalltaggelder

Von IV, AHV, SUVA, EL, HE:

- Anmeldebestätigung
- Verfügungen, aktuelle Berechnung (z.B. Ergänzungsleistungen)
- Auszahlungsbelege der letzten vier Monate

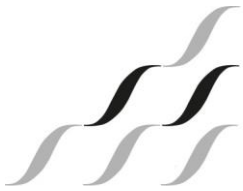
Bei Scheidungen / Elternschaft:

- Scheidungs- oder Trennungsurteil respektive Vorsorgliche Massnahmen
- Unterhaltsvertrag



Persönliche Situation

Krankheit / Unfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig zu% <input type="checkbox"/> Warten auf Invalidenrente <input type="checkbox"/> Warten auf Ergänzungsleistungen
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Arbeitslosentaggelder in Abklärung <input type="checkbox"/> Arbeitslosentaggelder decken Existenz nicht <input type="checkbox"/> Kein Anspruch auf Arbeitslosentaggelder <input type="checkbox"/> Rahmenfrist / Taggeldanspruch ausgeschöpft
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/> Aufgabe einer Selbständigkeit <input type="checkbox"/> Ungenügendes Einkommen aus Selbständigkeit
Einkommen	<input type="checkbox"/> Einkommen deckt Existenz nicht <input type="checkbox"/> Ausstehende Lohnzahlungen
Unterhalt	<input type="checkbox"/> Trennung / Scheidung <input type="checkbox"/> Eheschutz <input type="checkbox"/> keine Alimentenzahlungen
Weiteres	



Wohnen

Ich wohne in:

- Mietwohnung oder möbliertem Zimmer
 Wohneigentum
 Hotel
 anderes: _____

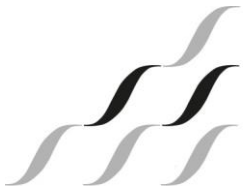
Anzahl Haushaltsmitglieder		
Anzahl Zimmer		
Mietzins	Netto CHF	Nebenkosten CHF
Parkplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	CHF
Mietschulden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	CHF
Wohnung gekündigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	per:
Obdachlos	seit:	

- Ich suche aktiv eine Wohnung innerhalb der Arboner Mietzinsrichtlinien und werde dies anhand von monatlichen Wohnungsbemühungen belegen.
 Ich suche keine neue Wohnung, werde auch mit Beginn der Unterstützung nicht in eine neue Wohnung umziehen und nehme den Mietzinsabzug gemäss Arboner Richtlinien ab Unterstützungsbeginn in Kauf.

Die Sozialhilfebehörde kann sich bei Wohnverhältnissen, welche nicht den Richtlinien entsprechen, vorbehalten entsprechende Wohnungsbemühungen einzufordern.

Einkommen

Lohn aus unselbständiger Erwerbstätigkeit	CHF/Mt.
Lohn aus selbständiger Erwerbstätigkeit	CHF/Mt.
Arbeitslosentaggeld	CHF/Mt.
Kranken/Unfalltaggeld	CHF/Mt.
Renten (AHV, IV, PK, UVG)	CHF/Mt.
Witwen- /Waisenrenten	CHF/Mt.
Ergänzungsleistungen	CHF/Mt.
Hilflosenentschädigung	CHF/Mt.
Pensionskasse	CHF/Mt.
Stipendien	CHF/Mt.
Unterhaltsbeiträge	CHF/Mt.
anderes Einkommen	



Arbeitslosenversicherung

Beim RAV gemeldet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erstgespräch am:
Arbeitslosentaggelder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anspruch bis:
Einstelltage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anzahl:

Krankenkasse

Versicherungsgesellschaft			
Franchise	CHF		
Prämienschulden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	CHF
Leistungsstopp	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Hausrat- und Haftpflichtversicherung

Versicherungsgesellschaft			
Versichert	Hausrat: <input type="checkbox"/> Haftpflicht: <input type="checkbox"/> Rechtschutz: <input type="checkbox"/> andere: _____		
Prämie bezahlt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Bussen / Justiz

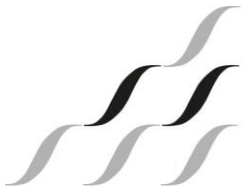
Bussen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Grund:	CHF
Strafverfügungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Gerichtsbeschlüsse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Therapien / Fachstellen

Institution / Stelle	
Kontaktperson	
Adresse	
Telefonnummer	
Grund	
Zeitraum	

Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Wer ist verbeiständet?		
Name des Beistandes		
Adresse des Beistandes		
Telefonnummer des Beistandes		
Grund der Beistandschaft		



Kontaktpersonen (Verwandte, Freunde, Bekannte)

Name, Vorname	
Tel.	
Adresse	
Beziehung zu Person	

Verwandtenunterstützung

Personalien Ihrer Eltern und Grosseltern				
	Mutter	Vater	Grossmutter	Grossvater
Name				
Vorname				
Strasse				
Plz / Ort				
Geburtsdatum				
Verstorben/lebt im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

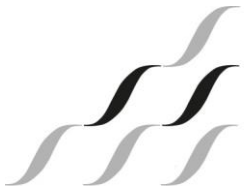
Personalien der Eltern und Grosseltern Ihres Partners/ Ihrer Partnerin				
	Mutter	Vater	Grossmutter	Grossvater
Name				
Vorname				
Strasse				
Plz / Ort				
Geburtsdatum				
Verstorben/lebt im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit seiner/ihrer Unterschrift erklärt der/die AntragstellerIn, dieses Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum, _____

Unterschrift AntragstellerIn:

Unterschrift EhepartnerIn:



Vollmacht für Auskünfte

AntragstellerIn:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

EhepartnerIn:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Das Sozialamt der Stadt Arbon wird von der/den unterzeichnenden Person(en) bevollmächtigt, bei den unten aufgeführten Stellen und Personen alle Auskünfte einzuholen, die für die Abklärung des Unterstützungsanspruches oder die Abwicklung der beschlossenen Unterstützung notwendig sind. Gleichzeitig wird das Sozialamt der Stadt Arbon gegenüber den unten aufgeführten Stellen und Personen im gleichen Rahmen von der Schweigepflicht entbunden.

Die Vollmacht gilt für die folgenden Stellen und Personen:

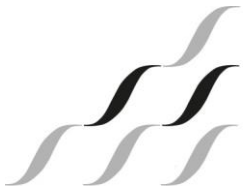
- Aktueller und frühere Arbeitgeber
- Arbeitslosenkasse und Regionales Arbeitsvermittlungszentrum RAV
- Abteilung Einwohner & Sicherheit der Stadt Arbon
- Hausrat- und Haftpflichtversicherungen
- Steueramt der Stadt Arbon
- Steuerverwaltung des Kantons Thurgau
- Vermieter (Eigentümer/Liegenschaftsverwaltung)

Diese Vollmacht ist nur für die Dauer der Sozialhilfebedürftigkeit gültig.

Ort, Datum, _____

Unterschrift AntragstellerIn:

Unterschrift EhepartnerIn:



Selbstdeklaration Vermögenswerte Sozialhilfebezüger/in

Name _____

Vorname _____

Name (EhepartnerIn) _____

Vorname _____

Bankkonten (Privatkonto, Sparkonto, Mietkaufionskonto etc.)

	Name der Bank	IBAN Nummer	Saldo in CHF	Auszahlungs-Konto (x)
1				<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>

Prepaid-Kreditkarten

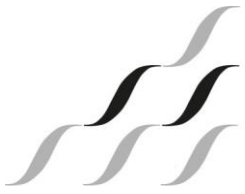
	Name des Anbieters	Kontonummer	Saldo in CHF
1			
2			

Lebensversicherungen (inkl. Police)

	Versicherungsgesellschaft	Art der Versicherung	Bestand in CHF
1			
2			

Freizügigkeitskonten (inkl. Auszug)

	Bank / Versicherung	IBAN Nummer	Bestand in CHF
1			
2			



Weitere Vermögenswerte

Bargeld	CHF		
Wohneigentum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wert:
Motorfahrzeuge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wert:
anderes Vermögen (z.B. Schmuck, Edelmetalle etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wert:

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass auf diesen Blättern sämtliche Konten, Lebensversicherungen und Vermögenswerte **im In- und Ausland** wahrheitsgemäss aufgelistet sind.

Ort, Datum, _____

Unterschrift AntragstellerIn:

Unterschrift EhepartnerIn:
