

ANTRAG AUF SOZIALHILFE

Datum: _____

1. Füllen Sie **alle** Felder des **Formulars vollständig aus**.
2. Bringen Sie die verlangten **Unterlagen vollständig an den Schalter**.
3. Sie erhalten einen Termin für das Erstgespräch (mit Partner/in), sobald die Unterlagen vollständig sind

PERSONALIEN

	ANTRAGSTELLER/IN	EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Zivilstand	_____	_____
Heimatort / Nationalität	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Telefon / Mobile	_____	_____
E-Mail	_____	_____
im Kanton Zürich seit	Datum: _____	Datum: _____

ANZAHL PERSONEN IM GLEICHEN HAUSHALT INKLUSIVE KINDER:

Name/Vorname _____

Geb.-Datum _____

Beziehung zum Antragsteller _____

Name/Vorname _____

Geb.-Datum _____

Beziehung zum Antragsteller _____

Name/Vorname _____

Geb.-Datum _____

Beziehung zum Antragsteller _____

Name/Vorname _____

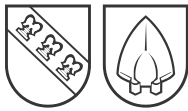
Geb.-Datum _____

Beziehung zum Antragsteller _____

Stadthaus
 Märtpplatz 29
 Postfach
 8307 Effretikon

Telefon 052 354 24 40
 sozialhilfe@ilef.ch
 www.ilef.ch
 facebook.com/stadtilef





VERWANDTE (KINDER / ELTERN), DIE NICHT IM GLEICHEN HAUSHALT WOHNEN

Nach § 328 und 329 ZGB sind Verwandte, welche in günstigen Verhältnissen leben, zur finanziellen Unterstützung der in Not geratenen Familienmitglieder verpflichtet. Die Sozialhilfe Illnau-Effretikon klärt die Verwandtenunterstützung in jedem Fall ab.

ELTERN DER ANTRAGSTELLENDEN PERSON

	MUTTER	VATER
Name/Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Verstorben am	_____	_____

KINDER DER ANTRAGSTELLENDEN PERSON

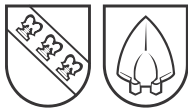
	KIND	KIND
Name/Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Verstorben am	_____	_____

ELTERN DES EHE-/KONKUBINATSPARTNERS / DER EHE-/KONKUBINATSPARTNERIN

	MUTTER	VATER
Name/Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Verstorben am	_____	_____

KINDER DES EHE-/KONKUBINATSPARTNERS / DER EHE-/KONKUBINATSPARTNERIN

	KIND	KIND
Name/Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Verstorben am	_____	_____



GETRENNTE/R / GESCHIEDENE/R PARTNER/IN

Name/Vorname

Adresse

PLZ, Ort

WOHNEN

Mietwohnung

Miete:

Fr.

/ Mt.

Garage / Abstellplatz

Ja

Nein

Miete Garage:

Fr.

/ Mt.

Untermiete

Untermiete:

Fr.

/ Mt.

Eigentum

Hypothekar-Zins:

Fr.

/ Mt.

Stationäre Einrichtung / Begleitetes Wohnen

VERSICHERUNGEN

ANTRAGSTELLER/IN

EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN

Krankenkasse

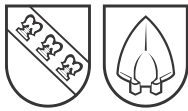
Privates

Kranken-/Unfalltaggeld

Hausrat /

Privathaftpflicht

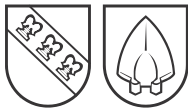
Rechtsschutz



Sozialhilfe

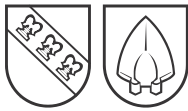
ARBEIT

	ANTRAGSTELLER/IN	EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN
erlernter Beruf	_____	_____
Angestellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(letzter) Arbeitgeber	_____	_____
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, seit wann?	Wenn ja, seit wann?
RAV-Anmeldung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Invalidenrente (IV)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unfalltaggeld (UVTG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankentaggeld (KTG)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausgesteuert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, seit wann?	Wenn ja, seit wann?
Arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbständig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



EINNAHMEN / RENTEN / VERMÖGEN

	ANTRAGSTELLER/IN		EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN	
ERWERBSEINKÜNFTE				
Lohn	Fr.		Fr.	
VERSICHERUNGEN / RENTEN				
<input type="checkbox"/> Arbeitslosentaggeld	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Krankentaggeld	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
<input type="checkbox"/> Unfalltaggeld				
AHV/IV/EL/ inkl. Kinderrenten	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
BVG/UV/MV/EO	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
3. Säule (Altersvorsorge)	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
Ausländische- / weitere Renten	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
ANDERE EINKÜNFTE				
Kinder-/ Ehegattenalimente	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
Stipendien	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
Kinderzulagen	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
Lohn minderjähriger, im Haushalt lebender Kinder	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
Ertrag aus Untermiete	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.
Andere Einnahmen	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.



Sozialhilfe

ANTRAGSTELLER/IN

EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN

WEITERE VERMÖGEN

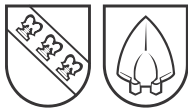
Grundeigentum Häuser, Wohnungen Inland	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Grundeigentum Häuser, Wohnungen Ausland	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Wertschriften	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Genossenschaftsanteile	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Darlehen an Dritte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Lohnansprüche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Guthaben 2. Säule, Pensionskasse (PK)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Guthaben 3. Säule, Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Lebensversicherung (mit Rückkaufswert)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.
Unverteilte Erbschaften	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Fr.

AUTO / MOTORFAHRZEUG / MOTORRÄDER

ANTRAGSTELLER/IN

EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN

Führerausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Motorfahrzeug / Elektrovelo / Motorräder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Marke / Modell / Jahrgang		
Wert	Fr.	Fr.



BARGELD UND KONTEN – ALLE KONTEN (IN- UND AUSLAND)

ANTRAGSTELLER/IN

Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fr.
Name Bank / Ort / Land	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Name Bank / Ort / Land	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Name Bank / Ort / Land	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Kreditkartenkonto	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____

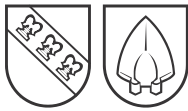
EHEPARTNER/IN / KONKUBINATSPARTNER/IN

Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fr.
Name Bank / Ort / Land	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Name Bank / Ort / Land	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Name Bank / Ort / Land	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Kreditkartenkonto	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____

KINDER

Kinderkonto vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fr.
Konto lautend auf	Name Bank/Post / Ort / Land		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Konto lautend auf	Name Bank/Post / Ort / Land		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Konto lautend auf	Name Bank/Post / Ort / Land		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____
Kreditkartenkonto	_____		Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____		_____

Falls Sie weitere Konten besitzen, legen Sie bitte eine separate Auflistung bei.



ANDERE WERTSACHEN (SCHMUCK, SAMMLUNG, BRIEFMARKEN, ANTIQUITÄTEN)

	ANTRAGSTELLER/IN	EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN
Wertgegenstände vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Wertgegenstände?	Beschreibung:	Beschreibung:
	Wert:	Wert:
	Fr.	Fr.

SCHULDEN

	ANTRAGSTELLER/IN	EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN
Aktuelle Betreibungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mietschulden	<input type="checkbox"/> Ja Fr. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Fr. <input type="checkbox"/> Nein
Wohnung gekündigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

INVOLVIERTE FACHSTELLEN / INSTITUTIONEN

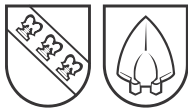
	ANTRAGSTELLER/IN	EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN
Hausarzt / Hausärztin	_____	_____
Arzt/Ärztin Spezialist	_____	_____
Rechtsanwalt/-anwältin	_____	_____
Soziale Institutionen	_____	_____
Andere Einrichtungen	_____	_____

FRÜHERER SOZIALHILFEBEZUG / UNTERSTÜTZUNG DURCH ASYLFÜRSORGE

	ANTRAGSTELLER/IN	EHE-/KONKUBINATSPARTNER/IN
Gemeinde	_____	_____
von / bis	_____	_____
Zuständige/r Sozialberater/in	_____	_____

KONTOVERBINDUNG FÜR ALLFÄLLIGE AUSZAHLUNG DER SOZIALHILFEBEITRÄGE

Konto lautend auf	Name Bank/Post / Ort / Land	Konto-Nr. (IBAN)
_____	_____	_____
_____	_____	_____



ERKLÄRUNG

1. Hiermit bestätige ich, dass die vorstehend gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen (§18 Abs. 1 SHG).
2. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Bezug von Sozialhilfeleistungen unter unwahren oder unvollständigen Angaben als Betrug gemäss Art. 146 StGB, Art. 148 a Abs. 1 + 2 StGB, oder §48a SHG strafrechtlich verfolgt wird, und dass unrechtmässig bezogene Sozialhilfeleistungen zurückerstattet werden müssen (§26 SHG). Ausländische Staatsangehörige haben im Falle einer Verurteilung wegen unrechtmässigem Bezug von Sozialhilfe mit der Landesverweisung zu rechnen.
3. Ich verpflichte mich, jede Veränderung in den angegebenen Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Wohnverhältnissen sofort und unaufgefordert der Sozialhilfe Illnau-Effretikon bekannt zu geben. Dazu gehört auch jeder Bezug von Renten oder Taggeldern, der 13. Monatslohn und weitere Einkommenszulagen, das Einkommen des Partners/der Partnerin und aller Familienangehörigen, die im gleichen Haushalt leben sowie die Unterstützung durch Dritte.
4. Ich anerkenne, dass wenn die Sozialhilfeleistungen bevorschussend auf Renten- oder Taggeldzahlungen aus dem Privat- und Sozialversicherungsbereich sowie auf Zahlungen von haftpflichtigen oder anderen Dritten ausgerichtet werden, diese Vorschüsse mit den Nachzahlungen verrechnet werden (§19 SHG).
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Sozialhilfeleistungen gekürzt werden, wenn ich meine Pflichten im Sozialhilfebezug verletze, Anordnungen der Fürsorgebehörde nicht befolge, über meine Verhältnisse keine oder falsche Auskunft gebe, die Einsichtnahme in meine Unterlagen verweigere, Leistungen unzumutbar verwende oder Auflagen und Weisungen missachte, und ich auf die Möglichkeit der Leistungskürzungen schriftlich hingewiesen worden bin (§24 SHG).
6. Ich verpflichte mich, die erhaltenen Sozialhilfeleistungen zurückzuerstatten, falls ich durch Erbschaft, Lotteriegewinn, hohes Erwerbseinkommen oder andere nicht auf eigene Arbeitsleistung zurückzuführende Umstände in finanziell günstige Verhältnisse gelange (§27 SHG). Ich verpflichte mich daher, diesbezügliche Änderungen in meiner Vermögenssituation auch nach dem Ende des Bezugs von Sozialhilfeleistungen der Sozialhilfe Illnau-Effretikon unaufgefordert zu melden. Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass die Rückerstattung von Sozialhilfeleistungen auch gegenüber meinem Nachlass geltend gemacht wird (§28 SHG).
7. Ich bestätige, dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass ich für einen Leistungsentscheid einen beschwerdefähigen, schriftlichen Beschluss verlangen kann, und ich dann die Möglichkeit habe, innerhalb der gegebenen Frist einen Rekurs beim Bezirksrat Pfäffikon einzureichen.
8. Ich ermächtige die Sozialhilfe Illnau-Effretikon, alle für die Abklärung meines Unterstützungsanspruchs notwendigen Daten bei den entsprechenden Stellen einzuholen. Dazu gehören insbesondere Daten der Einwohnerkontrolle, des Steueramtes, des Betreibungsamtes, des Vermieters, des Krankenversicherers und der Motorfahrzeugkontrolle. Bei Verdacht auf missbräuchlichen Antrag oder Leistungsbezug ermächtige ich die Sozialhilfe Illnau-Effretikon zudem, meine Angaben bei Arbeitgebern, Banken und Versicherungen zu überprüfen.

ANTRAGSTELLENDEN PERSON

Name, Vorname

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift

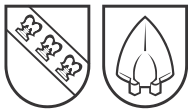
EHEPARTNER/IN / KONKUBINATSPARTNER/IN

Name, Vorname

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift



SCHRIFTLICHES GESUCH UM SOZIALHILFE GRUND DES ANTRAGES

Bitte schreiben Sie hier, warum Sie Sozialhilfe benötigen

Welche Art der Unterstützung beantragen Sie?

- finanzielle Unterstützung für den Lebensunterhalt
- Übernahme von Krankenkassenprämien bzw. Mietzinse
- Übernahme von anderen Kosten: _____
- Sozialberatung
- Budgetberatung/Schuldensanierung



VOLLMACHT FÜR AUSKÜNFTE/UNTERLAGEN VON KRANKENKASSEN

PRÄMIENZAHLER/IN

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Krankenkasse	_____	Versicherten Nr.	_____
PLZ / Ort	_____		

(EHE)PARTNER/IN

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Krankenkasse	_____	Versicherten Nr.	_____

KINDER

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Krankenkasse	_____	Versicherten Nr.	_____

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Krankenkasse	_____	Versicherten Nr.	_____

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Krankenkasse	_____	Versicherten Nr.	_____

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Krankenkasse	_____	Versicherten Nr.	_____

Wir unterstützen im Rahmen der Sozialhilfe oben erwähnte Person/en.

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Mitarbeitenden der Sozialhilfe Stadt Illnau-Effretikon bei der oben erwähnten Krankenkasse Informationen einzuholen sowie sämtliche der Administration dienlichen Dokumente wie Policen, Leistungsabrechnungen, Prämienrechnungen, etc. anzufordern.

Dies ist keine Abtretung.

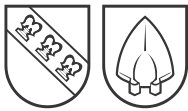
Ort und Datum : _____

Unterschrift: _____

Prämienzahler/in

(Ehe)partner/in





MERKBLATT

MISSBRAUCH- UND BETRUGSFÄLLE IM BEREICH DER SOZIALHILFE

Wenn Sie wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, gehen Sie Rechte und Pflichten ein (Antragsformular Seite 9 / Weiterführungsformular Seite 6). Neben Ihren Rechten ist es Ihre Pflicht, der Sozialhilfe Illnau-Effretikon Angaben zu Ihren persönlichen und finanziellen Verhältnissen zu machen. Auch Veränderungen in Ihren finanziellen und persönlichen Verhältnissen müssen Sie uns umgehend mitteilen.

Seit 1. Oktober 2016 sind neue Gesetze in Kraft getreten, die sich auch auf Missbrauchs- und Betrugsfälle im Bereich der Sozialhilfe auswirken. Mit den neuen Gesetzen führen bereits kleine Deliktsummen zu strafrechtlichen Verfahren und schärferen Verurteilungen als vorher. Es drohen Geld- und Gefängnisstrafen.

Im Falle von Ausländer und Ausländerinnen ohne schweizerisches Bürgerrecht kann eine Verurteilung zur Ausweisung aus der Schweiz führen. Nach Art. 66a Abs. 1 rev. Strafgesetzbuch (StGB) hat das Gericht den Ausländer und die Ausländerin, die wegen einer der in dieser Bestimmung aufgelisteten, strafbaren Handlung verurteilt wird, unabhängig von der Höhe der Strafe obligatorisch für 5 -15 Jahre, im Wiederholungsfall bis zu 20 Jahre, aus der Schweiz zu verweisen. Dies gilt unter anderem gemäss Art. 66a Abs. 1 lit. e rev. StGB bei Betrug nach Art. 146 Abs. 1 StGB im Bereich einer Sozialversicherung oder der Sozialhilfe sowie bei unrechtmässigem Bezug von Leistungen einer Sozialversicherung oder der Sozialhilfe (Art. 148a Abs. 1 StGB).

Seit dem 1. Oktober 2016 ist von Bundesrechts wegen auch der unrechtmässige Bezug von Sozialversicherungs- und Sozialhilfeleistungen strafbar. Dies gilt nicht nur für Ausländer und Ausländerinnen sondern auch für Schweizer und Schweizerinnen. Art. 148 rev. StGB sagt aus:

«Wer jemanden durch unwahre und unvollständige Angaben, durch Verschweigen von Tatsachen oder in einer anderen Weise irreführt oder in einem Irrtum bestärkt, sodass er oder ein anderer Leistungen einer Sozialversicherung oder der Sozialhilfe bezieht, die ihm oder dem anderen nicht zustehen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft».

Die Sozialhilfe Illnau-Effretikon ist aufgrund dieser Gesetze verpflichtet, Strafanzeige einzureichen, wenn eine Sozialhilfebezügerin / ein Sozialhilfebezüger unvollständige, unwahre oder nicht aktuelle Angaben zu den persönlichen oder finanziellen Verhältnissen macht. Bei Verdacht auf unvollständige, unwahre oder nicht aktuelle Angaben sowie auf missbräuchlichen Sozialhilfebezug erteilt die Sozialhilfe Illnau-Effretikon der Stadtpolizei Illnau-Effretikon einen Ermittlungsauftrag, den bestehenden Verdacht abzuklären.

Gemäss Sozialhilfegesetz des Kantons Zürich (SHG) § 48a können die Sozialhilfeorgane die betroffene Person zur Überprüfung und Klärung der Verhältnisse verdeckt observieren und dabei technische Hilfsmittel zur Bildaufzeichnung einsetzen, wenn ein Mitglied des Bezirksrates die Observation genehmigt hat und weitere Bestimmungen im Sinne von § 48a SHG eingehalten werden.

ERKLÄRUNG

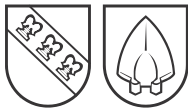
Ich habe dieses Merkblatt gelesen, verstanden und die möglichen Konsequenzen zur Kenntnis genommen.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Gesuchsteller/in

(Ehe)partner/in



BEILAGEN

ZUM ANTRAG AUF SOZIALHILFE

Bitte reichen Sie nur Kopien ein. **Die Unterlagen, die wir zwingend benötigen, um Sie zu einem Termin einladen zu können, sind fett markiert. Weitere Unterlagen, die Ihre finanzielle Situation betreffen, sind ebenfalls zwingend erforderlich.** Bei Fragen können Sie uns gerne kontaktieren

PERSONALIEN

- Pass oder ID aller Personen im Haushalt**
- Ausländerausweis aller Personen im Haushalt**

TRENNUNG / SCHEIDUNG

- Eheschutzbegehren
- Trennungvereinbarung
- Scheidungsurteil / Unterhaltsvertrag

WOHNEN

- Mietvertrag / Untermietvertrag + Hauptmietvertrag**
- allfällige Wohnungskündigung

BEI EIGENEM HAUS / EIGENER WOHNUNG IM IN- UND AUSLAND

- Hypothekarvertrag, Grundbuchauszug und Nebenkostenabrechnung

VERSICHERUNGEN

- Police Krankenkasse / aktuelle Prämienrechnung aller Familienmitglieder**
- Police private Kranken-/Unfalltaggeldversicherung
- Unterlagen zu Krankentaggeld / Unfalltaggeld
- Bestätigung IPV (Individuelle Prämienverbilligung)
- Police Hausrat / Privathaftpflicht
- Unterlagen zur IV

ARBEIT / ARBEITSLOSIGKEIT

- Arbeitsvertrag / Lehrvertrag**
- Lohnabrechnungen der letzten drei Monate**
- Kündigungsschreiben
- Lebenslauf mit Arbeitszeugnissen
- Unterlagen RAV und Arbeitslosenversicherung**
- Bestätigung Aussteuerung
- Bei Krankheit / Unfall Arztzeugnis

SELBSTÄNDIGKEIT

- Buchhaltung der letzten sechs Monate
- Handelsregisterauszug

AUTO / MOTORFAHRZEUG / MOTORRÄDER

- Führerausweis
- Motorfahrzeugausweis
- Kaufvertrag / Leasingvertrag**

STEUERN

- letzte vollständige Steuererklärung**

FINANZIELLE VERHÄLTNISS E EINNAHMEN / RENTEN / VERMÖGEN

- Taggeldabrechnungen der letzten 3 Monate**
- Belege über aktuelle Leistungen AHV/IV/
- Belege über weitere Renten
- aktueller Pensionskassen- / Freizügigkeitskontoauszug
- letzte Verfügung für Stipendien
- Bescheinigung Genossenschaftsanteile
- aktueller Kontoauszug Mietkautionskonto
- Kontoauszug und Police für Guthaben 3. Säule
- Police Lebensversicherung

BARGELD UND KONTEN – ALLE KONTEN (IN- UND AUSLAND)

- Detaillierte Kontoauszüge (im PDF-Format) der letzten 6 Monate ALLER Konten sämtlicher im selben Haushalt lebenden Familienmitglieder / Konkubinatspartner**

FRÜHERER SOZIALHILFEBEZUG

- Budget / letzte Abrechnung**

Stadthaus
Märtplatz 29
Postfach
8307 Effretikon

Telefon 052 354 24 40
sozialhilfe@ilef.ch
www.ilef.ch
facebook.com/stadtilef