

SOZIALHILFEGESUCH AN DIE GEMEINDE

Freienbach



Wollerau



Feusisberg



Bearbeitet durch:

Datum:

Ihr Gesuch kann in der Regel erst dann behandelt werden, wenn das Gesuchsformular vollständig lesbar ausgefüllt und unterzeichnet ist und die erforderlichen Dokumente und Unterlagen (siehe „Checkliste: Benötigte Mindestunterlagen zum Gesuch um Sozialhilfe“) vorliegen. Unvollständige Unterlagen können zur Verzögerung bzw. zur Nichtbearbeitung des Gesuchs führen.

Bei Fragen stehen Ihnen die Fachpersonen am Schalter des Sozialzentrums Höfe gerne zur Verfügung. Falls Sie beim Ausfüllen des Formulars Unterstützung brauchen, können Sie gerne beim Sozialzentrum Höfe einen Termin vereinbaren.

PERSONALIEN

	GesuchstellerIn	Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
PLZ / Ort		
Tel.-Nr.		
E-Mail-Adresse		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> Konkubinats seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> Konkubinats seit
Heimatort / Nationalität		
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere
AHV-Nr.		
Zuzug von Gemeinde / wann		
Einreise in die Schweiz		

HAUSHALTZUSAMMENSETZUNG

Im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder und/oder andere Personen.

Bezug zur Person	Name	Vorname	Geburtsdatum	Heimatort / Nationalität

Minderjährige Kinder, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

Name	Vorname	Adresse	Geburtsdatum

Kindsvater / -mutter, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

Name	Vorname	Adresse	Geburtsdatum

MASSNAHMEN KINDES- UND ERWACHSENENSCHUTZ

	GesuchstellerIn	Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Beistand		
Adresse Beistand		
	Kinder im Haushalt	Andere Personen im Haushalt
Beistandschaft / Vormundschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Beistand / Vormund		
Adresse Beistand / Vormund		

WOHNSITUATION

Eigener Haushalt	Andere Unterkunft	
<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Heim / Begleitetes Wohnen	<input type="checkbox"/> Gratisunterkunft
<input type="checkbox"/> Untermiete	<input type="checkbox"/> Pension / Hotel	<input type="checkbox"/> ohne feste Unterkunft
<input type="checkbox"/> Wohneigentum	<input type="checkbox"/> Verwandte / Bekannte	

Wohnungsgrösse / Anzahl Zimmer (gemäss Mietvertrag)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 1 ½	<input type="checkbox"/> 2 ½	<input type="checkbox"/> 3 ½	<input type="checkbox"/> 4 ½	<input type="checkbox"/> 5 ½	<input type="checkbox"/> 6 ½

Hausrats- / Haftpflichtversicherung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

ARBEITSSITUATION

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und / oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

Geben Sie an, ob Sie oder jemand in der Familie...	GesuchstellerIn	Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetr. PartnerIn	Kind im Haushalt	Kind im Haushalt	Kind im Haushalt
a) angestellt ist Wenn ja, Stellenprozente angeben	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %
b) einer oder mehreren Teilzeitstellen nachgeht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) selbständig erwerbend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) in der Lehre ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) in Ausbildung ist (ohne Lehrlinge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) nicht erwerbstätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn erwerbstätig:	GesuchstellerIn	Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Jetziger Arbeitgeber		
Adresse		
Tel.-Nr.		

Sind Sie zurzeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalles (teil-) arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Kontakt zu anderen Beratungsstellen / Institutionen? (z.B: IV-Stelle, Triaplust, Pro Infirmis, Hausarzt, Facharzt, Spital, Berufsberatung, andere Fachstellen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Institution(en) angeben		

AKTUELLE EINNAHMEN

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und / oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

	GesuchstellerIn		Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Lohnzahlungen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohnzahlungen aus selbständiger Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taggelder (Arbeitslosenkasse, IV, Krankenkasse, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten (AHV, IV, SUVA, Witwen-, Waisenrente, usw.) Falls IV-Rente: Invaliditätsgrad	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilflosenentschädigung Grad der Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %
Unterhaltsbeiträge (Alimente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien- und Kinderzulagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassenprämienverbilligung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrlingslohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stipendien / Praktikumslohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgegelder (Pensionskasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensversicherung (auch Vorbezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietzinseinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Einnahmen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERMÖGENSSITUATION**GesuchstellerIn, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, im Haushalt lebende Kinder**

PC / Bank	IBAN-Nr.	Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
PC / Bank	IBAN-Nr.	Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
PC / Bank	IBAN-Nr.	Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
PC / Bank	IBAN-Nr.	Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
PC / Bank	IBAN-Nr.	Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
PC / Bank	IBAN-Nr.	Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

VERMÖGENSSITUATION

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und / oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

	GesuchstellerIn		Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Ansprüche (offene Lohnforderungen, güterrechtliche Ansprüche, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertschriften und Vermögenswerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteile an unverteilter Erbschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsanteile (AG, GmbH, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebens- und / oder Risikoversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, Kinder in den letzten 12 Monaten Zuwendungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, Kinder in den letzten 12 Monaten Vermögen verschenkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, Kinder ein Haus / Stockwerkeigentum / Grundstücke im In- und/oder Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, Kinder ein Motorfahrzeug? Wenn ja, als Leasing?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

GESTELLTE ANTRÄGE AUF DRITTLLEISTUNGEN

GesuchstellerIn, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, geschiedene EhegattIn / gerichtl. aufgelöste eingetr. Partnerschaft, Kinder (auch nicht im gemeinsamen Haushalt lebend)

	GesuchstellerIn		Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn Geschiedene EhegattIn Gerichtl. aufgelöste eingetr. Partnerschaft		Kinder (auch nicht im gemeinsamen Haushalt lebend)	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Arbeitslosentaggeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankentaggeld / IV-Taggeld / Unfalltaggeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionskassen-Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallversicherungsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AHV-Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Witwenrente / Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESTELLTE ANTRÄGE AUF DRITTLLEISTUNGEN

GesuchstellerIn, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, geschiedene EhegattIn / gerichtl. aufgelöste eingetr. Partnerschaft, Kinder (auch nicht im gemeinsamen Haushalt lebend)

	GesuchstellerIn		Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn Geschiedene EhegattIn Gerichtl. aufgelöste eingetr. Partnerschaft		Kinder (auch nicht im gemeinsamen Haushalt lebend)	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltsbeiträge (Alimente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- / Ausbildungszulagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassenprämienverbilligung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stipendien / Ausbildungsbeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiftungen / Fonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietzinsbeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHULDEN / VERPFLICHTUNGEN

(auch der im Haushalt lebenden Angehörigen und / oder der Konkubinatspartnerin/des Konkubinatspartners)

	GesuchstellerIn		Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn		Kinder im Haushalt	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Unterhalts- und Alimentenverpflichtungen (monatlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohnpfändungen (monatlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietzinsausstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassenprämienausstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darlehen-, Kredit- und Leasingverträge (monatlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothekarschulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Schulden (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, Kinder Betreibungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie, Ehe-/KonkubinatspartnerIn / eingetr. PartnerIn, Kinder regelmässige grössere Auslagen (Unterhalt Auto, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERWANDTENUNTERSTÜTZUNG

Volljährige Kinder, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Eltern der / des GesuchstellerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Eltern der/des EhepartnerIn / eingetragene/r PartnerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Grosseltern der / des GesuchstellerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

Grosseltern der/des EhepartnerIn / eingetragene/r PartnerIn

Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Tel.-Nr.

MELDEPFLICHT / RÜCKERSTATTUNG / VERWANDTENUNTERSTÜTZUNG

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen dem Sozialzentrum Höfe oder der Fürsorgebehörde sofort und schriftlich zu melden sind (Einkommen, Vermögen, Familienverhältnisse, usw.). Dies umfasst auch den Bezug von Renten jeder Art, Versicherungsleistungen, Kranken- und Unfalltaggeldern, usw. sowie Unterstützung von Dritten.

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich, die erhaltenen Fürsorgeleistungen zurückzuerstatten, sofern er/sie z.B. durch Erbschaft, Lottogewinn oder andere Umstände in finanziell günstige Verhältnisse gelangt, oder sobald er/sie über momentan nicht realisierbare Vermögenswerte verfügen kann. Hilfeempfänger, die durch eigenen Arbeitserwerb in finanziell günstige Verhältnisse gelangen, sind in der Regel nicht rückerstattungspflichtig.

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass Verwandte in auf und absteigender Linie (Kinder, Eltern, Enkel, Grosseltern) grundsätzlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind (Art.328/329 ZGB). Wird öffentliche Unterstützung bezogen, kann die Fürsorgebehörde unter Berücksichtigung der Umstände mit den hilfsfähigen Verwandten eine allfällige Beitragsleistung prüfen (nach Rücksprache mit den Gesuchstellern).

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich, alles zu unternehmen, um die Notlage zu lindern und wieder die finanzielle Selbstständigkeit zu erlangen und insbesondere eine zumutbare Arbeit zu suchen und anzunehmen.

VOLLSTÄNDIGKEIT DER ANGABEN

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahr sind, und dass er/sie über kein anderes Einkommen und Vermögen verfügt. Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass sich strafbar macht, wer durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich Fürsorgeleistungen erwirkt oder zu erwirken versucht, und dass zu Unrecht bezogene Fürsorgeleistungen zurückzuerstatten sind.

	GesuchstellerIn	Ehe- / KonkubinatspartnerIn Eingetragene/r PartnerIn
Ort / Datum		
Unterschrift		