

**Einwohnergemeinde
Sozialdienst**

Brünigstrasse 160
Postfach 1263
6061 Sarnen

Tel. 041 666 35 12
sozialdienst@sarnen.ow.ch
www.sarnen.ch



Anmeldung für Sozialberatung

Name: _____

**Einwohnergemeinde
Sozialdienst**

Brünigstrasse 160
Postfach 1263
6061 Sarnen

Tel. 041 666 35 12
Fax 041 666 35 10
sozialdienst@sarnen.ow.ch
www.sarnen.ch



Dieses Formular bitte vollständig ausfüllen. Besten Dank.

Personalien

	Gesuchstellerin	Ehe- oder Konkubinatspartner
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
PLZ / Ort:		
Telefon-Nr. / Natel-Nr.:		
Heimatort / Staat:		
Erlerner Beruf:		
Gegenwärtige berufliche Tätigkeit:		
PID-Nummer (auf der Steuererklärung):		
Sozialversicherungs-Nummer:		
Zuzug in den Kanton Obwalden:		
Anmeldung in Sarnen:		
Bankverbindung IBAN-Nr.		
Zivilstand:		
Seit:		

Haben Sie einen einen Beistand / Beiständin

Ja Nein

Name:	Vorname:	Adresse:	PLZ / Ort:

Im gleichen Haushalt lebende Kinder und Personen

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Heimatort:

Kindsvater / -mutter, nicht im gleichen Haushalt lebend:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Heimatort:

Wohnsituation

Wohnstatus

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Miete | <input type="checkbox"/> begleitetes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> Untermiete | <input type="checkbox"/> Gratisunterkunft |
| <input type="checkbox"/> Pension / Hotel | <input type="checkbox"/> ohne feste Unterkunft |

Erwerbssituation

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbständige Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> auf Stellensuche, beim RAV nicht gemeldet |
| <input type="checkbox"/> angestellt in eigener Firma | <input type="checkbox"/> Integrationsprogramm |
| <input type="checkbox"/> regelmässig angestellt | <input type="checkbox"/> in Ausbildung (z.B. Praktikum ohne Lehre) |
| <input type="checkbox"/> zeitlich befristeter Arbeitsvertrag | <input type="checkbox"/> Haushalt, familiäre Gründe |
| <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf | <input type="checkbox"/> Rentnerin (IV,AHV,SUVA etc.) |
| <input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit | <input type="checkbox"/> vorübergehend arbeitsunfähig |
| <input type="checkbox"/> mitarbeitendes Familienmitglied | <input type="checkbox"/> Dauerinvalidität |
| <input type="checkbox"/> in der Lehre | <input type="checkbox"/> keine Chance auf dem Arbeitsmarkt |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsbeschäftigungsprogramm | <input type="checkbox"/> andere Situation _____ |
| <input type="checkbox"/> auf Stellensuche, beim RAV gemeldet | |

Einnahmen

- Erwerbseinkommen
- andere Einkommen Welche? _____
- Unterhalt / Alimente
- Name des Unterhalts-/Alimentenpflichtigen: _____
- Opferhilfe
- Frauenunterhaltsansprüche
- Vermögen

Kurze Beschreibung des Problems:

Was haben Sie unternommen um das Problem zu lösen?

Hatten Sie schon Kontakt zum Sozialdienst Sarnen oder zu anderen Hilfsorganisationen?

Ihr Antrag auf Beratung / Unterstützung an den Sozialdienst?

Bemerkungen:

Name und Vorname: Der / Die GesuchstellerIn (bitte in Blockschrift)

Name und Vorname: Ehepartner (bitte in Blockschrift)

Ort und Datum: _____

Unterschrift GesuchstellerIn: _____