

**Einwohnergemeinde  
Sozialdienst**

Brünigstrasse 160  
Postfach 1263  
6061 Sarnen

Tel. 041 666 35 12  
sozialdienst@sarnen.ow.ch  
[www.sarnen.ch](http://www.sarnen.ch)



# Anmeldung für wirtschaftliche Sozialhilfe

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](http://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.:				
E-Mail Adr.:				
Heimatort / Staat:				
PID-Nummer (auf der Steuererklärung):				
Sozialversicherungs-Nummer:				
Zuzug in den Kanton Obwalden:				
Anmeldung in Sarnen:				
Bankverbindung IBAN-Nr.				
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
Seit:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> freiw. getrennt	<input type="checkbox"/> gerichtl. getrennt	<input type="checkbox"/> freiw. getrennt	<input type="checkbox"/> gerichtl. getrennt

Haben Sie 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:

**Verwandtenunterstützung**

Auswärts Wohnende Kinder und Grosskinder

Name:	Vorname:	Adresse / PLZ / Ort:	Geb.-Datum:	Heimatort:

Eltern der Gesuchsteller/In

Name:	Vorname:	Adresse / PLZ / Ort:	Geb.-Datum	Heimatort:

Eltern von Ehepartner/In

Name:	Vorname:	Adresse / PLZ / Ort:	Geb.-Datum:	Heimatort:

Grosseltern von Ehepartner/In

Name:	Vorname:	Adresse / PLZ / Ort:	Geb.-Datum:	Heimatort:

Eltern von geschiedenem / geschiedener Ehepartner/In und/oder von Kindsvater/-mutter

Name:	Vorname:	Adresse / PLZ / Ort:	Geb.-Datum:	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  |

Wohnungsgrösse / Anzahl Zimmer (ohne Küche, Bad, WC): \_\_\_\_\_  
(Kopie Mietvertrag beilegen)

## Erwerbssituation

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

## Grund für Erwerbslosigkeit

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haushalt, familiäre Gründe        | <input type="checkbox"/> Dauerinvalidität                 |
| <input type="checkbox"/> keine Chance auf dem Arbeitsmarkt | <input type="checkbox"/> Krankheit (Arztzeugnis beilegen) |

## Einnahmen

- |   |               |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen     |               |
| <input type="checkbox"/> Rente                | Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Einkommen     | Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Unterhalt / Alimente |               |

Name des Unterhalts-/Alimentenpflichtigen: \_\_\_\_\_

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Opferhilfe                |
| <input type="checkbox"/> Frauenunterhaltsansprüche |
| <input type="checkbox"/> Vermögen                  |

## Höchste abgeschlossene Ausbildung

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 7 Jahre Schule | <input type="checkbox"/> Berufslehre / -schule             |
| <input type="checkbox"/> obligatorische Schulzeit   | <input type="checkbox"/> Höhere Fach- / Berufsschulbildung |
| <input type="checkbox"/> Maturität / DMS            | <input type="checkbox"/> Universität / FHS                 |
| <input type="checkbox"/> Anlehre                    | <input type="checkbox"/> nicht feststellbar                |

## Arbeitssituation

Normalarbeitszeit pro Woche gemäss Arbeitsvertrag \_\_\_\_\_ Stunden

Beschäftigungsgrad

Vollzeitstelle (90% und mehr)

mehrere Teilzeitstellen

Teilzeitstelle (50-90%)

Vollzeit- und Teilzeitstellen

Teilzeitstelle (bis 49%)

(letzter) Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_  keiner

Letzte / gegenwärtige berufliche Tätigkeit:  keine

\_\_\_\_\_

## Gestellte Anträge

	Ja	Nein	bereits bezogen
AHV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankentaggeldversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeeinrichtung (berufliche / private Vorsorge / Pensionskasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiftung / Fonds / welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stipendien / Ausbildungsbeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere / Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Besitzverhältnisse

	Ja	Nein
Bank- und / oder Postcheck-Konto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertschriften (Aktien, Obligationen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorfahrzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundeigentum (Häuser, Liegenschaften, Boden; auch im Ausland)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwarten Sie eine Erbschaft und/oder haben Sie einen Anteil an einer unverteilten Erbschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebens- und Risikoversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Guthaben (Darlehen, Lohn, güterrechtliche Ansprüche usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht verfügbares Vermögen (Freizügigkeitspolice, Geschäftsanteile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Schulden

	Ja	Nein
Unterhalts- und Alimentenverpflichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohnpfändung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kredit- und Leasingverträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreibungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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:**

---

---

---

---

---

**Bescheinigung:**

- Ich bescheinige, dass meine Angaben gegenüber dem Sozialdienst, der Einwohnergemeinde Sarnen im Unterstützungsgesuch sowie in den Beratungsgesprächen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
- Ich verpflichte mich, alle künftigen Änderungen unverzüglich zu melden.
- Ich erkläre, davon Kenntnis genommen zu haben, dass der Sozialdienst Sarnen gemäss Art. 12 der Sozialhilfeverordnung berechtigt ist, bei Drittpersonen die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages notwendigen Auskünfte einzuholen.
- Ich erkläre meine Einwilligung zur Anfrage bei Behörden, Versicherungen, Banken, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, behandelnden Ärzten. Ich entbinde die kontaktierten Stellen vom Berufsgeheimnis und dem Amtsgeheimnis und ermächtige sie, dem Sozialdienst die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Alle Auskünfte werden nur insoweit beansprucht, als dies für die Überprüfung meiner Anspruchsberechtigung notwendig ist.
- Ich habe vom Inhalt des Merkblattes zum Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe und den darauf aufgeführten massgeblichen Bestimmungen Kenntnis genommen.

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

---

Name und Vorname: Ehepartner (bitte in Blockschrift)

---

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift GesuchstellerIn: \_\_\_\_\_