

Gesuch um wirtschaftliche Sozialhilfe

Erstgesuch

Wichtige Informationen

Ihr Gesuch kann vom Sozialdienst erst dann geprüft werden, wenn das Gesuchsformular vollständig, lesbar ausgefüllt und unterzeichnet ist. Beachten Sie unbedingt die nachfolgende Checkliste der benötigten Unterlagen. Bei Unvollständigkeit kann es infolge fehlender Entscheidungsgrundlagen zu Verzögerungen kommen. Vergessen Sie nicht, das Merkblatt zur Sozialhilfe im Kanton Schwyz und das Merkblatt zu SoWatch sorgfältig durchzulesen und zu unterschreiben.

Bei Fragen melden Sie sich bitte bei unserem Sozialdienst. Telefon: 055 450 56 86. Unsere Öffnungszeiten:

Montag:	08.30 – 11.30 Uhr	14.00 – 18.30 Uhr
Dienstag – Donnerstag:	08.30 – 11.30 Uhr	14.00 – 17.00 Uhr
Freitag:	08.30 – 11.30 Uhr	14.00 – 16.30 Uhr

(Termine nach telefonischer Vereinbarung)

Wenn Sie das Gesuch ausgefüllt und die Unterlagen zusammengestellt haben, bringen Sie uns bitte alles vorbei. Wir werden die Unterlagen prüfen und Ihnen anschliessend schriftlich einen Termin für ein Gespräch mit unserem Sozialdienst mitteilen.

Benötigte Unterlagen zum Gesuch

Seiten 1 - 2

Allgemeine Unterlagen

- Kopie Pass oder Identitätskarte
- Mietvertrag, inkl. Änderungen
- AusländerInnen: Ausländerausweis

Versicherungen

- aktuelle Krankenkassenpolice(n)
- Privathaftpflichtversicherung
- Hausratversicherung
- Autoversicherung
- Verfügung der individuellen Prämienverbilligung

Vermögen / Schulden

- Kontoauszüge von allen Konten der letzten 12 Monate (auch von Partner und Kinder)
- Steuerveranlagung / Letzte 2 Steuererklärungen (inkl. Wertschriften- und Guthabenverzeichnis)
- Wertschriften und Vermögenswerte
- Darlehen, Kredite und Leasingverträge
- Informationen zu Wohn- und Grundeigentum (In- und Ausland)
- Lebensversicherungsausweis
- Pensionskassennachweis
- Fahrzeuge (Fahrzeugausweis inkl. Km-Angabe)
- Betriebsregisterauszug

ArbeitnehmerIn (angestellt)

- Arbeitsvertrag Lohnabrechnungen der letzten 6 Monate

Selbstständige

- Bilanz / Erfolgsrechnung der letzten 2 Jahre Geschäftskontoauszüge der letzten 12 Monate
 Handelsregisterauszug Konkursanzeige

Arbeitslosigkeit

- alle Verfügungen des Amts für Arbeit Kündigungsschreiben
 sämtliche Abrechnungen der Arbeitslosenkasse

Ausbildung

- Lehrvertrag / Ausbildungsbestätigung Stipendien / Ausbildungsbeiträge

Arbeitsunfähigkeit

- Arztzeugnis Krankentaggeldabrechnungen
 Unfalltaggeldabrechnungen Invalidentaggeldabrechnungen
 IV-Anmeldung

Rentenbezug

- Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) Invalidenversicherung (IV)
 Ergänzungsleistungen (aktuelle Abrechnung) Berufliche Vorsorge (BVG)
 Witwenrente / Waisenrente Hilflosenentschädigung

Trennung / Scheidung

- Eheschutzmassnahmen Scheidungsurteil
 Unterhaltsvertrag

Diverse Unterlagen

- Familienzulagen
 Lebenslauf

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen vollständig:

Personalien

Gesuchsteller/in

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Heimatort / Nationalität

Aufenthaltsstatus C B F L

andere:

Telefonnummer Festnetz

Telefonnummer Mobile

Mailadresse

Sozialversicherungsnummer

Zuzug in die Schweiz am / von

Zuzug in den Kt. Schwyz am / von

Zuzug in die Gemeinde am / von

Zivilstand ledig verheiratet
 getrennt geschieden
 verwitwet Konkubinat
 in eingetragener Partnerschaft

seit:

Höchste abgeschlossene Ausbildung weniger als 7 Jahre Schule
 obligatorische Schule
 Anlehre
 Berufslehre
 Maturität
 Höhere Fach- und Berufsausb.
 Universität / Fachhochschule
 Nicht feststellbar / unbekannt

Abgebrochene Ausbildung ja nein

Erlerner Beruf

Beistandschaft / Vormundschaft ja nein

Ehe- / LebenspartnerIn

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aufenthaltsstatus C B F L

andere:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zivilstand ledig verheiratet
 getrennt geschieden
 verwitwet Konkubinat
 in eingetragener Partnerschaft

seit:

Höchste abgeschlossene Ausbildung weniger als 7 Jahre Schule
 obligatorische Schule
 Anlehre
 Berufslehre
 Maturität
 Höhere Fach- und Berufsausb.
 Universität / Fachhochschule
 Nicht feststellbar / unbekannt

Abgebrochene Ausbildung ja nein

.....

Beistandschaft / Vormundschaft ja nein

Im selben Haushalt lebende Personen

Bitte geben Sie nachfolgend alle Personen an, die mit Ihnen im gleichen Haushalt wohnen. Bei „Bezug zur antragstellenden Person“ tragen Sie bitte ein, ob es sich dabei um Ihr Kind, Enkelkind, Elternteil, Schwiegereltern, WG-PartnerIn, Stiefkind oder anderes handelt.

Person 1

Bezug zur antragstellenden Person

Person
 Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Heimatort / Nationalität

Aufenthaltsstatus C B F L

andere:

Sozialversicherungsnummer

Zuzug in die Schweiz am / von

Zuzug in den Kt. Schwyz am / von

Zuzug in die Gemeinde am / von

Zivilstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet Konkubinats in eingetr. Partnerschaft

seit:

Höchste abgeschlossene Ausbildung weniger als 7 Jahre Schule obligatorische Schule Anlehre Berufslehre Maturität Höhere Fach- und Berufsausb. Universität / Fachhochschule Nicht feststellbar / unbekannt

Abgebrochene Ausbildung ja nein

Erlerner Beruf

Beistandschaft / Vormundschaft ja nein

Person 2

Person
 Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Heimatort / Nationalität

Aufenthaltsstatus C B F L

andere:

Sozialversicherungsnummer

Zuzug in die Schweiz am / von

Zuzug in den Kt. Schwyz am / von

Zuzug in die Gemeinde am / von

Zivilstand ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet Konkubinats in eingetr. Partnerschaft

seit:

Höchste abgeschlossene Ausbildung weniger als 7 Jahre Schule obligatorische Schule Anlehre Berufslehre Maturität Höhere Fach- und Berufsausb. Universität / Fachhochschule Nicht feststellbar / unbekannt

Abgebrochene Ausbildung ja nein

Erlerner Beruf

Beistandschaft / Vormundschaft ja nein

Person 3

Person 4

Bezug zur antragstellenden Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Heimatort / Nationalität

Aufenthaltsstatus C B F L
 andere:.....

Sozialversicherungsnummer

Zuzug in die Schweiz am / von

Zuzug in den Kt. Schwyz am / von

Zuzug in die Gemeinde am / von

Zivilstand ledig verheiratet
 getrennt geschieden
 verwitwet Konkubinats
 in eingetr. Partnerschaft
seit:

Höchste abgeschlossene Ausbildung weniger als 7 Jahre Schule
 obligatorische Schule
 Anlehre
 Berufslehre
 Maturität
 Höhere Fach- und Berufsausb.
 Universität / Fachhochschule
 Nicht feststellbar / unbekannt

Abgebrochene Ausbildung ja nein

Erlerner Beruf

Beistandschaft / Vormundschaft ja nein

.....

.....

.....

.....

.....

Aufenthaltsstatus C B F L
 andere:.....

.....

.....

.....

.....

Zivilstand ledig verheiratet
 getrennt geschieden
 verwitwet Konkubinats
 in eingetr. Partnerschaft
seit:

Höchste abgeschlossene Ausbildung weniger als 7 Jahre Schule
 obligatorische Schule
 Anlehre
 Berufslehre
 Maturität
 Höhere Fach- und Berufsausb.
 Universität / Fachhochschule
 Nicht feststellbar / unbekannt

Abgebrochene Ausbildung ja nein

.....

Beistandschaft / Vormundschaft ja nein

Kinder die nicht im selben Haushalt wohnen

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

.....

.....

.....

.....

.....

Arbeitssituation

Bitte tragen Sie die Arbeitssituation aller im Haushalt lebenden Personen ein:

	Gesuch- steller/in	Ehe- / Lebens- partner	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Schüler /-in (obligatorische Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellter (90-100%) / Monatlicher Lohn	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.
Angestellte/r Teilzeit 50- 89% / monatlicher Lohn	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.
Angestellte/r Teilzeit bis 49% / monatlicher Lohn	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.
13. Monatslohn	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstständig Einkommen pro Monat	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Fr.
In der Lehre bis am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung bis am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegenheitsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzter oder aktueller Beruf						
Name des Arbeitgebers						
Nicht arbeitsfähig infolge	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Auf Stellensuche, beim RAV gemeldet	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitslosentaggeld pro Tag	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3X od. mehr	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3X od. mehr	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3X od. mehr	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3X od. mehr	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3X od. mehr	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3X od. mehr
Datum Stempelbeginn	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Aussteuert seit (Datum)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Rentner-/in	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> AHV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PK
Grad der Invalidität%%%%%%
Rente pro Monat	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Ergänzungsleistungen zur Rente	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergänzungsleistung pro Monat	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Unterstützung durch Sozialhilfe der Gemeinde	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Wohnsituation

Ich / Wir leben in einer Wohnung einem Haus
 einer stationären Einrichtung in einer Pension / einem Hotel
 einem Heim / begleitetes Wohnen als Fahrende
 in einer Gratisunterkunft ohne feste Unterkunft

Ich / Wir sind Mieter Untermieter Eigentümer

Anzahl Zimmer 1 1 ½ 2 2 ½ 3 3 ½ 4 4 ½
 5 5 ½ 6 6 ½

Mietkosten pro Monat Fr.

Kosten Garage und / oder
Abstellplatz pro Monat Fr.

Name / Adresse des Vermieters

Hausrats- und Haftpflicht-
versicherung vorhanden ja nein bezahlt? ja nein

Vermögen

Tragen Sie hier **alle** Konten von allen im Haushalt lebenden Personen ein

Gesuchsteller/in Bargeld Saldo Fr.
Bankkonto: IBAN: CH _____ Saldo Fr.
IBAN: CH _____ Saldo Fr.
IBAN: CH _____ Saldo Fr.
 Ich besitze kein Konto

Weitere Vermögenswerte
(Wertschriften, Gemälde, Schmuck etc.)

**Ehe-/ Lebens-
partner** Bargeld Saldo Fr.
Bankkonto: IBAN: CH _____ Saldo Fr.
IBAN: CH _____ Saldo Fr.
IBAN: CH _____ Saldo Fr.
 Ich besitze kein Konto

Weitere Vermögenswerte
(Wertschriften, Gemälde, Schmuck etc.)

Person 1 Bargeld Saldo Fr.
Bankkonto: IBAN: CH _____ Saldo Fr.
IBAN: CH _____ Saldo Fr.
IBAN: CH _____ Saldo Fr.
 Ich besitze kein Konto

Weitere Vermögenswerte
(Wertschriften, Gemälde, Schmuck etc.)

Person 2 Bargeld Saldo Fr.

Bankkonto: IBAN: CH _____ Saldo Fr.

IBAN: CH _____ Saldo Fr.

IBAN: CH _____ Saldo Fr.

Ich besitze kein Konto

Weitere Vermögenswerte
(Wertschriften, Gemälde, Schmuck etc.)

Person 3 Bargeld Saldo Fr.

Bankkonto: IBAN: CH _____ Saldo Fr.

IBAN: CH _____ Saldo Fr.

IBAN: CH _____ Saldo Fr.

Ich besitze kein Konto

Weitere Vermögenswerte
(Wertschriften, Gemälde, Schmuck etc.)

Person 4 Bargeld Saldo Fr.

Bankkonto: IBAN: CH _____ Saldo Fr.

IBAN: CH _____ Saldo Fr.

IBAN: CH _____ Saldo Fr.

Ich besitze kein Konto

Weitere Vermögenswerte
(Wertschriften, Gemälde, Schmuck etc.)

Vermögenswerte

Auto / Motorrad Fahrzeug gehört mir / uns Fahrzeug mit Leasingvertrag

Ich / Wir besitzen kein Fahrzeug (Auto, Motorrad, Schiff, etc.)

Marke Modell

Jahrgang Hubraum

Kaufpreis KM-Stand

Versicherung Schildernr.

Eingelöst auf

Das Fahrzeug wird uns zur Verfügung gestellt von (vollständige Adresse):
.....

Liegenschaften / Grundstücke etc.

Genaue Bezeichnung

Vollständige Adresse

Anz. Zimmer Kaufjahr

Quadratmeter Wert

Ich / Wir besitzen keine Liegenschaften bzw. Grundstücke o.ä. in der Schweiz oder im Ausland

Unterhalt / Alimente

Erhalten Sie Unterhaltszahlungen? ja, Fr. nein

Erhalten Sie für Ihre Kinder Alimente? ja, Fr. nein

Krankenkasse

	Gesuch- steller/in	Ehe- / Lebens- partnerIn	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name der Krankenkasse						
Versichertennummer						
Monatliche Prämie der	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Monatliche Prämie der	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Prämienverbilligung eingereicht	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prämienverbilligung erhalten	<input type="checkbox"/> ja Fr. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Fr. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Fr. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Fr. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Fr. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Fr. <input type="checkbox"/> nein
Name und Ort des Hausarztes						

Schulden

Krankenkassenprämien Total ausstehend Fr.
Prämie nicht bezahlt seit

Mietzinsschulden Total ausstehend Fr.
Miete nicht bezahlt seit

Kreditschulden Total ausstehend Fr.
nicht bezahlt seit

Steuerschulden Total ausstehend Fr.
nicht bezahlt seit

andere Schulden Total ausstehend Fr.
nicht bezahlt seit

Gegen mich / uns läuft ein Betreibungsverfahren ja nein

Das Einkommen wird gepfändet ja nein

Angaben zur Verwandtenunterstützung

Name / Vorname **der Mutter**
Gesuchsteller/in

.....

Adresse, PLZ / Ort

.....

Geburtsdatum

.....

Verstorben am

.....

Name / Vorname **des Vaters**
Gesuchsteller/in

.....

Adresse, PLZ / Ort

.....

Geburtsdatum

.....

Verstorben am

.....

Name, Adresse, Geburtsdatum, allenfalls Sterbedatum der **Grosseltern der Gesuchsteller/in**

.....
.....
.....
.....
.....

Name / Vorname **der Mutter**
Ehe- / Lebenspartner/in

.....

Adresse, PLZ / Ort

.....

Geburtsdatum

.....

Verstorben am

.....

Name / Vorname **des Vaters**
Ehe- / Lebenspartner/in

.....

Adresse, PLZ / Ort

.....

Geburtsdatum

.....

Verstorben am

.....

Name, Adresse, Geburtsdatum, allenfalls Sterbedatum der **Grosseltern Ehe- / Lebenspartner/in**

.....
.....
.....
.....
.....

Versicherungen

Hausratversicherung

Name der Versicherung

Prämie pro Jahr

Versichertennummer

keine Hausratversicherung

Haftpflichtversicherung

Name der Versicherung

Prämie pro Jahr

Versichertennummer

keine Haftpflichtversicherung

Lebensversicherung

Name der Versicherung

Prämie pro Jahr

Versichertennummer

keine Lebensversicherung

Andere Versicherung

Genaue Bezeichnung

Name der Versicherung

Prämie pro Jahr

Versichertennummer

keine anderweitige Versicherung

Grund des Antrags

Arbeitslosigkeit

Ausstehende Arbeitslosentaggelder seit:

Name / Adresse der Arbeitslosenkasse

RAV-Betreuer/in

Kürzung der Arbeitslosentaggelder verfügt ja nein

Grund der Kürzung

ausgesteuert seit

Datum der letzten Auszahlung

es besteht kein Anspruch auf Arbeitslosentaggelder

Grund:

Trennung / Scheidung

Eheschutzmassnahmen eingeleitet am

Scheidung eingeleitet am

Krankheit / Unfall

Die Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt durch

Name / Adresse des Arztes

Arztzeugnis gültig von / bis

Arbeitsunfähigkeit in %

Ausstehende Unfalltaggelder seit:

Name / Adresse der Versicherung

Ausstehende IV-Rente oder EL

Datum der IV-Anmeldung

Datum des IV-Entscheids

**Ausstehende Alimente /
Unterhaltszahlungen**

Gemäss Eheschutzmassnahmen vom

Gemäss Scheidungsurteil vom

Gemäss Unterhaltsvereinbarung vom

Höhe des Unterhalts / offen seit

Höhe der Alimente 1. Kind / offen seit

Höhe der Alimente 2. Kind / offen seit

Höhe der Alimente 3. Kind / offen seit

Höhe der Alimente 4. Kind / offen seit

Stipendien

Ausstehende Stipendien seit

Stipendiengesuch eingereicht am

Name / Adresse Stipendienstelle

Andere Gründe

.....

.....

.....

Überweisung der Sozialhilfe

Bitte tragen Sie hier ein, auf welches Konto die Sozialhilfe überwiesen werden soll.

Bankkonto: IBAN: CH _____

Name / Adresse der Bank

Rechtsmittel / Unterschrift

Der / Die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahr sind. Es sind keine weiteren Einkommen und Vermögenswerte vorhanden als angegeben. Sie / Er nimmt zur Kenntnis, dass sie / er sich strafbar macht, wenn durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich Fürsorgeleistungen erwirkt oder zu erwirken versucht werden. Zu Unrecht bezogene Fürsorgeleistungen sind Rückerstattungspflichtig. In diesem Fall, behält sich die Fürsorgebehörde eine Strafanzeige vor.

Der / Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass er jede Änderung in seinem persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen dem Sozialamt / der Fürsorgebehörde sofort und schriftlich melden hat. Dies umfasst auch den Bezug von Renten jeder Art, Versicherungsleistungen, Kranken- und Unfalltagelder oder Unterstützung von Dritten.

Der / Die Unterzeichnende verpflichtet sich, die erhaltenen Fürsorgeleistungen zurückzuerstatten, sofern sie / er durch Erbschaft, Lotteriegewinn oder andere nicht auf eigene Arbeitsleistungen zurückführende Umstände in finanziell günstige Verhältnisse gelangt oder über andere Vermögenswerte verfügen kann.

Der / Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass seine Verwandten (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 Verwandten eine allfällige Beitragsleistung prüfen.

Der / Die Unterzeichnende bestätigt, die Rechtsmittel gelesen zu haben und das Merkblatt über die Sozialhilfe im Kanton Schwyz erhalten zu haben.

Ort / Datum

.....

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift Ehepartner/in oder
Lebenspartner /in

.....

Folgende Person hat mir beim Ausfüllen oder bei der Übersetzung des Gesuches geholfen

Name / Vorname

.....

Adresse, PLZ / Ort

.....

Telefonnummer / Handy

.....

Ort / Datum / Unterschrift

.....