



Monatliche Erklärung über die Einkünfte

Zutreffenden Monat und zutreffendes Jahr ankreuzen

Budget Monat	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Jahr	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031

1. Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Telefon / Mobile	
Sozialarbeiter(in)	
Sachbearbeiter(in)	

2. Informationen über die persönliche / finanzielle Situation

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragestellungen: Ja Nein

Hat sich gegenüber dem Vormonat etwas bei Ihnen geändert?

Falls sich etwas geändert hat, beantworten Sie bitte auch nachfolgende Fragen:

Hat sich die Anzahl der Personen in Ihrem Haushalt geändert?

Bemerkungen

Hat sich jemand in Ihrem Haushalt im Ausland aufgehalten oder beabsichtigt jemand, dies zu tun?

Bemerkungen

Hat jemand in Ihrem Haushalt im Vormonat an einer beruflichen Massnahme teilgenommen (Sprachkurs, Praktikum, Arbeitsabklärung)

Bemerkungen

Was hat sich sonst bei Ihnen geändert?

Bemerkungen

3. Einkommen in CHF (Belege beilegen)

Ja Nein

Haben Sie seit Ihrer letzten Anfrage ein Einkommen erhalten?

Wenn Ja, geben Sie diese bitte in der folgenden Tabelle an

	Herr	Frau	Kind(er)
Monatlicher Nettolohn (inkl. Berufslehre, Praktikum, ...)			
Monatliche Einkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit			
Sozialversicherungen, Rente und Taggelder: AHV / IV / ALV / UVG / BVG / EO			
Andere Leistungen: Taggelder für Erwebsausfall / EL			
Alimentenzahlungen			
Monatliche Nebeneinkünfte (Heimarbeit, Haushalt, ...)			
Einkünfte aus Eigentum / Untervermietung			
Familien- oder Ausbildungszulagen (Kinderzulagen)			
Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge wie Alimente Verwandtenunterstützung			
Andere (Stipendien, Ausbildungsdarlehen, Erbschaften, Lotteriegewinne, Spenden, ...)			

4. Situationsbedingte Kosten

Besuchsrecht (kreuzen Sie die betreffenden Tage an):

Betr. Monat

Kind:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Betr. Monat

Kind:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Kosten für Verpflegung (kreuzen Sie die betreffenden Tage an):

Betr. Monat :

Betr. Person:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Betr. Monat:

Betr. Person:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

5. Belege / Beilagen

Folgende Belege sind dieser Selbstdeklaration beizulegen:

Bank- und/oder Postkontoauszüge des letzten Monats

Nachweis, dass Sie Ihren Mietzins bezahlt haben (wenn Sie den Mietzins selber bezahlen)

Angaben zu Ihren neuen Bankkonten

Belege von Fahrkosten, die auf berufliche/schulische/medizinische Zwecke oder auf Betreuungsaufgaben zurückzuführen sind

Aktuelle Arztzeugnisse für jedes arbeitsunfähige Haushaltsmitglied

6. Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass sämtliche Einkünfte der Unterstützungseinheit auf diesem Dokument aufgeführt sind und keine Vermögensänderung eingetreten ist. Jede mögliche Änderung in der Zusammensetzung Ihres Haushaltes ist auf dem vorliegenden Dokument angegeben. Sie verpflichten sich ebenfalls dazu, jede Änderung, welche zwischen dem Unterschriftsdatum und dem Monatsende auf diese Erklärung Einfluss haben könnte, sofort dem SMZO anzuzeigen.

Dieses unterzeichnete und ordnungsgemäss ausgefüllte Dokument ist zusammen mit den in Abschnitt 5 erwähnten Belegen bis am 15. des dem Sozialhilfesuch vorangehenden Monats an den Sozialdienst des SMZ zu richten. Andernfalls ist die Auszahlung von Sozialhilfeleistungen nicht garantiert, da der Anspruch auf Sozialhilfe nicht festgestellt werden kann.

Ort und Datum :

Unterschrift Gesuchsteller/in:

Unterschrift Ehe-/Konkubinatspartner/in:

	vom SMZ auszufüllen
Posteingang	
Bezahlt am	
Visa	