

SMZ Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

**Declaración mensual de ingresos**

Traducción a título informativo. En caso de duda en la interpretación, las versiones originales en francés y en alemán dan fe.

Marque el mes y año apropiado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Presuspesto mensual | Enero | Febr. | Marzo | Abril | Mayo | Junio  | Julio | Agosto | Sept. | Oct. | Nov. | Dic. |
| Año | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** | **2031** |

**1. Datos personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido: |       |
| Nombre: |       |
| Número de teléfono |       |
| Trabajador social: |       |
| Asistente administrativo |       |

**2. Información sobre la situación personal / financiera**

Responda las siguientes preguntas: Si No

¿Ha cambiado algo para ustedes en comparación con el mes anterior? [ ]  [ ]

Si algo ha cambiado, responda las siguientes preguntas:

 Ha cambiado el número de personas en su hogar? [ ]  [ ]  Comentarios:……………………………………………………………………………………

 Alguien en su hogar ha estado en el extranjero o alguien tiene la intención de hacerlo? [ ]  [ ]  Comentarios: ..………………...………………………………………...……….

 Alguien en su hogar participó en una medida de inserción socioprofesional en el mes anterior? [ ]  [ ]

 participó (curso de idiomas, pasantías, etc.)

 Comentarios:……………………………………………………………………………………

 Qué más ha cambiado para ustedes? [ ]  [ ]  Comentarios:…………………………………………………………………………………...

**3. Ingresos CHF (adjuntar documentos)**

¿Recibió algún ingreso desde su última solicitud? [ ]  [ ]

Si es así, indíquelos en la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | señor | señora | niños |
| Salarios mensuales netos ( incluida la formación profesional, pasantías ) |       |       |       |
| Ingresos mensuales del trabajo por cuenta propia |       |       |       |
| Seguros sociales, pensiones y subsidios diarios: AHV/ IV / ALV / UVG / BVG / EO |       |       |       |
| Otras prestaciones: subsidio de enfermedad por pérdida de ingresos y EL |       |       |       |
| Pensiones de alimentos |       |       |       |
| Ingreso mensual adicional (trabajo a domicilio) |       |       |       |
| Ingresos de propiedad / subarriendo |       |       |       |
| Asignaciones familiares o de formación |       |       |       |
| Contribuciones de mantenimiento de los padres / de familiares |       |       |       |
| Otros (subvenciones, préstamos de formación, herencias, premios de lotería, donaciones, ... |       |       |       |

**4. Costos relacionados con la situación**

Derechos de visita (marque los días relevantes):

Mes en cuestión:

Niño*:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Mes en cuestión:

Niño*:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Gastos de comidas (marque los días relevantes):

Mes en cuestión:

Persona afectada*:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mes en cuestión:*

*Persona afectada:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. Documentos / adjuntos**

Los siguientes documentos deben adjuntarse a esta declaración:

 [ ]  Estados de cuentas bancarias y / o postales del último mes

 [ ]  Prueba de que pagó el alquiler (si lo paga usted mismo)

 [ ]  Información sobre sus nuevas cuentas bancarias.

[ ]  Evidencia de costos de transporte incurridos para fines profesionales/ escolares / médicos o para gastos de guardería

 [ ]  Certificados médicos actuales para cada miembro del hogar discapacitado

**6. Firma**

Al firmar, confirma que todos los ingresos de la unidad de soporte figuran en este documento y que no ha habido cambios en los activos. Cualquier cambio en la composición de su hogar se indica en este documento. También acepta notificar de inmediato a SMZ sobre cualquier cambio que pueda afectar esta declaración entre la fecha de la firma y el final del mes.

Este documento firmado y debidamente completado, junto con los documentos de respaldo mencionados en la sección 5, deben enviarse al Servicio Social de SMZ antes del 31 del mes anterior a la solicitud de asistencia social. De lo contrario, el pago de los beneficios de asistencia social no está garantizado, ya que no se puede determinar el derecho a la asistencia social.

Lugar y fecha:

Firma del solicitante:

Firma del cónyuge/ pareja concubinado:

A rellenar por el SMZ

|  |  |
| --- | --- |
| Reçu le |       |
| Payé le |       |
| Signature |       |