



Anmeldung für eine Sozialberatung

Eingang am:

Visum:

Dieses Formular bitte lückenlos ausfüllen und Felder, die Sie nicht betreffen, durchstreichen.

1. Personalien

	Gesuchstellende Person	Partner*in
Name	.....	.....
Vorname	.....	.....
Geburtsdatum	.....	.....
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes
Adresse	.....	.....
PLZ/Ort	.....	.....
Mobile / Festnetznummer	.....	.....
E-Mail	.....	.....
Heimatort	.....	.....
Staatsangehörigkeit	.....	.....
Ausländische Staats- angehörige	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> anderer	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> anderer
Aufenthaltsstatus gültig bis	.....	.....
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> keine
Dolmetscher notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Sprache?	.....	.....
Besteht eine Erwachsenen- schutzmassnahme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Ad- resse der zuständigen Person angeben	..........	..........

Einreisedatum in die Schweiz

.....

.....

Datum Zuzug Gemeinde

.....

.....

Zivilstand

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Partnerschaft
- getrennt
- geschieden
- verwitwet

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Partnerschaft
- getrennt
- geschieden
- verwitwet

Zivilstand gültig seit

.....

.....

Personalien minderjährige Kinder

(unter 18 Jahre und im gleichen Haushalt lebend)

1. Kind

2. Kind

3. Kind

Name

.....

.....

.....

Vorname

.....

.....

.....

Geburtsdatum

.....

.....

.....

Besteht eine Kinderschutzmassnahme?

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Wenn ja, Name und Adresse der zuständigen Person angeben:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personalien anderer im gleichen Haushalt lebender Personen

(Kinder über 18 Jahre sowie andere im Haushalt lebende Personen)

1. Person

2. Person

3. Person

Name

.....

.....

.....

Vorname

.....

.....

.....

Geburtsdatum

.....

.....

.....

2. Wohnsituation

Wohnstatus:

Eigener Haushalt

Andere Unterkunft

Miete

Pension / Hotel

Ohne feste Unterkunft

Untermiete

Heim / Begleitetes Wohnen

Wohneigentum

Verwandte / Bekannte

3. Andere involvierte Stellen

Sind andere Stellen involviert? Wenn ja, welche? (z.B. Invalidenversicherung, Arbeitslosenkasse, Unfallversicherung, freiwillige Beratungsstellen wie Pro Infirmis, Pro Senectute, Sozialdienst der Kirche, etc.)

Name der Institution

Name der zuständige Person

Telefonnummer / E-Mail

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

4. Grund der Anmeldung

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle Situation und Anliegen an den Sozialdienst

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Einverständniserklärung Gesuchstellende Person und Partner*in

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialdienst Baar mit mir via E-Mail korrespondiert:

- Ja
- Nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie

1. alle Fragen in der Anmeldung für eine Sozialberatung verstanden haben.
2. die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt haben.

Datum

	Gesuchstellende Person	Partner*in
Nachname		
Vorname
Unterschrift

Gesetzliche Vertretung, sofern die Gesuchstellende Person nicht unterschreiben kann

Nachname		
Vorname	.....	.....
Adresse	.....	.....
Unterschrift	.....	.....
