

# Antrag Unterstützung

Vielen Dank für Ihre Anfrage und das uns entgegengebrachte Vertrauen.  
Damit wir Ihren Antrag bestmöglich bearbeiten können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

## Personalien

Datum Antrag		E-Mail	
Vorname		Telefon	
Nachname		Geburtsdatum	
Adresse		Zivilstand	
PLZ / Ort		Haushaltsgrösse	

Beschreiben Sie Ihre Notsituation:

Wie können wir Sie unterstützen? Was ist Ihr Bedürfnis?

Voraussichtliche Dauer der Unterstützung (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 1-5 Einsätze	<input type="checkbox"/> 1-3 Monate	<input type="checkbox"/> Länger als 3 Monate
---------------------------------------	-------------------------------------	--

Wie sieht Ihr soziales Umfeld aus? Gibt es Hilfestellung durch Verwandte oder Dienstleister?

<input type="checkbox"/> Beistand	
<input type="checkbox"/> Verwandte	
<input type="checkbox"/> Freunde	
<input type="checkbox"/> Institutionen	
<input type="checkbox"/> Andere	

Wie sieht Ihre berufliche und finanzielle Situation aus?

<input type="checkbox"/> Selbstständig erwerbend	<input type="checkbox"/> Sozialhilfebezug	<input type="checkbox"/> AHV
<input type="checkbox"/> Anstellung (..... Prozent)	<input type="checkbox"/> IV-Rente	<input type="checkbox"/> EL
<input type="checkbox"/> Arbeitslosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Krankentaggelder