**Sozialdienst:**

**Übertragungsbericht per**

P E R S O N A L I E N

**Dossierträger/in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **KL4** | **Vorname** | **KL5** |
| Strasse bisher | KL8 | PLZ / Ort | KL9 KL10 |
| **Strasse neu** |  | **PLZ / Ort neu** |  |
| **Geburtsdatum** | **KL22** | **Heimatort** | **KL27 KL28** |
| **AHV-Nummer** | **KL24** | **Zivilstand** | **KL19** |
| **Aufenthaltsbewilligung** | **KL39** | **gültig bis** | **KL41** |
| **Einreise in CH am** | **KL44** | **Nationalität** | **KL38** |
| **Telefon/Handy** | **KL11 / KL76** | **E-Mail** | **KL14** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angehörige** |  |  |  | Beziehung | mit-unterstützt | im selben Haushalt |
| Name | **AN3\_1** | Vorname | **AN4\_1** |  | AN37\_1 | AN37A\_1 |
| Geburtsdatum | **AN36\_1** | Nationalität | **AN45\_1** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | **AN3\_2** | Vorname | **AN4\_2** |  | AN37\_2 | AN37A\_2 |
| Geburtsdatum | **AN36\_2** | Nationalität | **AN45\_2** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | **AN3\_3** | Vorname | **AN4\_3** |  | AN37\_3 | AN37A\_3 |
| Geburtsdatum | **AN36\_3** | Nationalität | **AN45\_3** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | **AN3\_4** | Vorname | **AN4\_4** |  | AN37\_4 | AN37A\_4 |
| Geburtsdatum | **AN36\_4** | Nationalität | **AN45\_4** |

|  |  |
| --- | --- |
| *Bemerkungen* |  |

R E S S O U R C E N - U N D P R O B L E M A N A L Y S E

**Hilfs- und Beratungsnetz**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Funktion | Strasse, PLZ, Ort | Telefon, E-Mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Bemerkungen* |  |

**Sprachkenntnisse**

|  |  |
| --- | --- |
| Muttersprache |  |
| Deutschniveau |  |
| absolvierte Kurse |  |
| Dolmetscher\*in nötig? | ja  nein |
| Angaben Dolmetscher\*in |  |

**Zusammenarbeit**

|  |  |
| --- | --- |
| Kooperation und Zuverlässigkeit | Termine wurden regelmässig wahrgenommen:  ja  nein |
| Anliegen und Erwartungen Klient\*in |  |
| Drohungen und Gewalt |  |

**Soziales Umfeld**

|  |  |
| --- | --- |
| Herkunftsfamilie |  |
| Partnerschaft |  |
| Kinder | Kinderbetreuung geregelt:  ja  nein  nicht relevant  Wie:  Anmeldung **Betreuungsgutscheine** vorgenommen am: |
| übriges soziales Umfeld |  |
| Freizeit |  |

**Gesundheit**

|  |  |
| --- | --- |
| physische Gesundheit |  |
| psychische Gesundheit |  |
| Aktuelles Arztzeugnis | % AUF von       bis |

**Arbeit**

|  |  |
| --- | --- |
| **KL4 KL5** | |
| Ausbildung(en) | vgl. Lebenslauf |
| Berufserfahrung | vgl. Lebenslauf |
| Besuchte Programme und Jobcoaching | Name/Art:       von       bis  Name/Art:       von       bis  *Bemerkungen*: |
| aktuelle Situation / Ziel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Partner\*in** | |
| Ausbildung(en) | vgl. Lebenslauf |
| Berufserfahrung | vgl. Lebenslauf |
| Besuchte Programme und Jobcoaching | Name/Art:       von       bis  Name/Art:       von       bis  *Bemerkungen*: |
| aktuelle Situation / Ziel |  |

**Wohnen**

|  |  |
| --- | --- |
| Vermieter\*in | vgl. Mietvertrag |
| Mietzins | CHF       Nettomiete  vgl. Mietvertrag  CHF       Nebenkosten |
| Innerhalb Mietzinslimite | ja  nein |
| Klient\*in über Mietzins-limite informiert | ja  nein  nicht erforderlich |
| Miete bezahlt bis |  |
| Mietzinszahlung durch | Klient\*in  Sozialdienst |
| Untermietverhältnis | ja  nein |
| *Bemerkungen* |  |

**Einschätzung der Gesamtsituation**

|  |  |
| --- | --- |
| Potenzial |  |
| Perspektive |  |

F I N A N Z E N

**Wirtschaftliche Sozialhilfe**

|  |  |
| --- | --- |
| unterstützt | von       bis |
| Anzahl Personen im Haushalt | KL110  vgl. Budget |
| Anzahl Personen in Unterstützungseinheit | KL109  vgl. Budget |
| laufende Sanktionen | vgl. Verfügung |
| SIL (nur laufende oder wichtige) | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Art | Zeitraum | Betrag | | Umzugskosten |  | CHF | | Reinigungskosten |  | CHF | | Anschaffungen Mobiliar |  | CHF | |  |  | CHF | |
| *Bemerkungen* |  |

**Subsidiaritäten**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Einkommensart | aktueller Stand | ausbezahlt von | Empfänger\*in | Betrag pro Monat | Abtretung an SD |
|  | Gesuch hängig  fliesst |  |  | CHF | ja  nein |
|  | Gesuch hängig  fliesst |  |  | CHF | ja  nein |
|  | Gesuch hängig  fliesst |  |  | CHF | ja  nein |
| *Bemerkungen* |  | | | | |

**Vermögen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art des Vermögens | Wert | *Bemerkungen* |
|  | CHF |  |
| Vermögensfreibetrag per Unterstützungsbeginn | CHF |  |

**Schulden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art der Schulden / Gläubiger | Höhe | *Bemerkungen* |
|  | CHF |  |

V E R S I C H E R U N G E N

**Krankenversicherungen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Versicherungsnehmer\*in | Prämie bezahlt bis | Abmeldung ASV per | Leistungsabrechnungen via | Police  beiliegend |
|  |  |  | Klient\*in  SD |  |
|  |  |  | Klient\*in  SD |  |
|  |  |  | Klient\*in  SD |  |

**Diverse Versicherungen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherungsart | Versicherer\*in | Jahresprämie | bezahlt bis | Police beiliegend | |
|  |  | CHF |  |  | |
|  |  | CHF |  |  | |
| *Bemerkungen* |  | | | |

W I C H T I G E P E N D E N Z E N



B E I L A G E N

Sozialhilfebudget

Mietvertrag

Untermietvertrag

Versicherungspolice(n) KVG

Versicherungspolice(n) VVG

Widerruf Drittzahlerabtretung KV

Versicherungspolice Hausrat- und/oder Haftpflicht

Betreibungsregisterauszug

Sozialzahnformular (im Original)

Für ergänzende Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Fallführende Person: **SB1**

E-Mail:Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.

Telefon: Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft. **Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.Fehler! Unbekannter Name für Dokument-Eigenschaft.**

Wattenwil, Donnerstag, 11. September 202511. September 2025

SB1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mit der Unterzeichnung von diesem Übertragungsbericht ermächtigen die unterzeichnenden Personen die zuständigen Sozialdienste, Daten und Informationen auszutauschen, die für eine koordinierte Übertragung notwendig sind.** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | KL5 KL4 |  |  |  |