**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 relevantWie:      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. MietvertragCHF       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 | Policebeiliegend |
|  |       |       | [x]  Klient\*in[ ]  SD |[x]
|  |       |       | [ ]  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  |  |       |  |