

Amt für soziale Sicherheit
 Familienergänzungsleistungen

Ambassadorshof / Riedholzplatz 3
 4509 Solothurn
 Telefon 032 627 23 11
aso.so.ch
 famel@ddi.so.ch

Neugesuch

Anmeldung zum Bezug von Ergänzungsleistungen für einkommensschwache Familien (FamEL)

	Gesuchsteller/in	Ehegatte/-gattin, Partner/in (auch gleichgeschlechtliche)
Personalien		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familiennamen inkl. Name als ledige Person	_____	_____
Alle Vornamen Rufname unterstreichen	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ und Wohnort	_____	_____
Tel. Nr. – tagsüber erreichbar	_____	_____
E-Mail-Adresse	_____	_____
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	_____	_____
Seit wann wohnhaft im Kanton Solothurn?	_____	_____
Nationalität	_____	_____

Zivilstand

	Ledig	Konkubinats	Verheiratet	Eingetr. Partnerschaft	Verwitwet	Geschieden	Tatsächlich getrennt	Gerichtlich getrennt
Gesuchsteller/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/-gattin, Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum seit								

Personalien der Kinder im gleichen Haushalt

eigene Kinder / Adoptivkinder

Familiennamen	Vorname	männl.	weibl.	Geb.-Datum TT.MM.JJJJ	Nationalität
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Pflege- oder Stiefkinder (zutreffendes bitte unterstreichen)

Familiennamen	Vorname	männl.	weibl.	Geb.-Datum TT.MM.JJJJ	Nationalität
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Haushalt

Führen Sie einen eigenen Haushalt Ja Nein

Welche Personen wohnen in Ihrem Haushalt? (auch nicht Familienmitglieder bekannt geben, z.B. Wohngemeinschaften, Eltern, usw.)

Name	Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Beruf

Auszahlung Bank-/Postkonto

Name Kontoinhaber/in _____

Name und Adresse der Bank/Post _____

IBAN-Nummer (Konto) _____

CH _____

Angaben bei bestehender Beistandschaft

a) Name und Adresse des Beistandes/
der Beiständin _____

b) Sitz der KESB _____

Gesuch um Auszahlung der Ergänzungsleistung für einkommenschwache Familien an eine Drittperson oder an eine Behörde *(zutreffendes bitte ankreuzen)*

Leistungsberechtigte Person (Name, Vorname, Adresse): _____

Drittauszahlung an: _____

Name und Adresse der Bank/Post: _____

Name und Adresse Kontoinhaber/in: _____

IBAN-Nummer (Konto): _____

CH _____

Es wird eine Drittauszahlung gewünscht:

Auf Begehren der leistungsberechtigten Person
(in diesem Fall muss sie mit ihrer Unterschrift
die Vollmacht erteilen und das Gesuch von der
obgenannten Drittperson, resp. der genannten
Behörde unterschreiben lassen).

Auf Begehren einer Drittperson oder Behörde, weil die
zweckmässige Verwendung der Leistung durch die leistungs-
berechtigte Person in Frage gestellt ist.

Grund für eine Drittauszahlung: _____

Grund, weshalb die berechtigte Person die Leistungen nicht
selber verwenden kann. _____

Die zur Drittauszahlung benannte Person, resp. Behörde, verpflichtet sich, insbesondere folgende Änderungen der
leistungsberechtigten Person umgehend dem Amt für soziale Sicherheit zu melden:

- Adressänderungen, Mietzinsänderungen sowie Änderungen der Anzahl Mitbewohner
- Geburt eines Kindes, Trennung, Scheidung, Wiederverheiratung, Todesfall
- Aufnahme oder Aufgabe einer Erwerbstätigkeit sämtlicher Familienmitglieder
- Erhöhung oder Verminderung der Einnahmen, Ausgaben oder des Vermögens
- Wegzug aus dem Kanton Solothurn, resp. ins Ausland oder länger als 3 Monate andauernder Auslandsaufenthalt.

Weiter ist die zur Drittauszahlung benannte Person verpflichtet, unrechtmässig bezogene Leistungen zurück zu erstatten
und dafür solidarisch zu haften.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der leistungsberechtigten Person oder ihres
Gesetzlichen Vertreters (entfällt, wenn eine Drittperson
oder Behörde das Gesuch um Drittauszahlung stellt).

Unterschrift der Drittperson oder Behörde, die das Gesuch
Drittauszahlung stellt oder der Drittperson oder Behörde an
die die FamEL gemäss obiger Vollmacht der leistungsberechtig-
ten Person auszurichten ist.

Checkliste der einzureichenden Dokumente

Alle Ausweise, Bescheinigungen, Verträge, Urteile, Zahlungsbelege etc. sind in Kopie (**KEINE Originaldokumente**) einzureichen. Bitte achten Sie darauf, dass bei den Ausweiskärtchen jeweils Vorder- und Rückseite kopiert werden. Überprüfen Sie bitte die Unterlagen auf ihre Vollständigkeit.

Folgende Unterlagen sind in jedem Fall einzureichen:

Ausweise und/oder Bescheinigungen

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Ausländerausweise aller Familienmitglieder	Bitte beidseitig kopieren
<input type="checkbox"/>	Familienausweis oder Geburtsurkunden der Kinder	z.B. Kopie des Familienbüchleins

Wohnverhältnis

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Mietvertrag	Bei Mietzinserhöhungen oder – senkungen bitte auch die Vertragsänderung einsenden
<input type="checkbox"/>	Mietzins-Einzahlungsquittungen des letzten Monats	Beweismittel, dass Miete bezahlt wird

Krankenkasse

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Krankenkassenkärtchen aller Familienmitglieder	Bitte beidseitig kopieren

Erwerbssituation

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Arbeitsverträge	Aller Familienmitglieder, welche einer unselbständigen Arbeit nachgehen
<input type="checkbox"/>	Lohnausweis Vorjahr	Aller Familienmitglieder, welche einer unselbständigen Arbeit nachgehen
<input type="checkbox"/>	Lohnabrechnungen der letzten drei Monate	Aller Familienmitglieder, welche einer unselbständigen Arbeit nachgehen

Sparguthaben, Wertschriften, Barschaften (Bank-, resp. Postkonti)

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Zins- und Saldoausweise per 31.12.Vorjahr (Bank-, resp. Post-Kontoabschlüsse per 31.12.Vorjahr)	Abschlüsse sämtlicher Bank-, resp. Postkonti aller Familienmitglieder

Folgende Unterlagen müssen nur eingereicht werden, falls die jeweilige Situation auf Sie zutrifft:

Bei Liegenschaftsbesitz:

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Bankauszug betr. Hypotheken und Hypothekarzinsen	Bei Liegenschaftsbesitz
<input type="checkbox"/>	Katasterschätzung des Katasteramtes	Bei Liegenschaftsbesitz; bitte beim Katasteramt Kanton Solothurn anfordern (Tel.: 032 627 93 80)

Bei selbständig Erwerbenden:

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Bilanz und Erfolgsrechnung Vorjahr	Aller Familienmitglieder, welche einer <i>selbständigen</i> Arbeit nachgehen
<input type="checkbox"/>	Beiträge an AHV/IV/EO/ALV/BV – Abrechnung der Ausgleichskasse	Aller Familienmitglieder, welche einer <i>selbständigen</i> Arbeit nachgehen

Einkünfte von Renten, Pensionen, Taggelder, Mutterschaftsversicherung

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Rentenverfügung, Taggeldabrechnungen, Abrechnungen der Mutterschaftsversicherung etc.	Wie z.B. Arbeitslosenentschädigung, Mutterschaftsentschädigung etc.

Zivilstandssituation

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Unterhaltsvertrag / Scheidungsurteil und Zahlungsbelege der letzten drei Monate - betr. <i>Alimenteneinkünfte (erhaltene Alimentenzahlungen)</i>	Bei alleinerziehenden, geschiedenen und/oder getrenntlebenden Elternteilen
<input type="checkbox"/>	Unterhaltsvertrag / Scheidungsurteil und Einzahlungsbelege der letzten drei Monate- betr. <i>geschuldete Alimentenzahlungen (bezahlte Alimentenzahlungen)</i>	Bei geschiedenen und/oder getrenntlebenden Elternteilen

Ausgaben für die familienexterne Kinderbetreuung

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Verträge und Rechnungen (KITA's, Tagesmutter, Spielgruppe, etc.)	Rechnungen der letzten 3 Monate

Lebensversicherungen

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung der Versicherung betr. Rückkaufswert (ohne Säule 3a)	Sämtlicher Lebensversicherungen aller Familienmitglieder.

Übriges Vermögen, Einkommen, Schulden

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Entsprechende Beweismittel und Belege	von allen Familienmitgliedern

Beistandschaften

	Dokument	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Ernennungsakt	von allfällig bestehenden Beistandschaften aller Familienmitglieder

Vollständigkeit der Angaben

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und dass kein anderes Einkommen und Vermögen vorhanden ist. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie sich strafbar machen, wenn Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich eine Ergänzungsleistung für Familien erwirken oder zu erwirken versuchen und dass zu Unrecht bezogene Ergänzungsleistungen für Familien zurückzuerstatten sind.

Meldepflicht

Sie nehmen ferner zur Kenntnis, dass nachstehend aufgeführte Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen dem Amt für soziale Sicherheit umgehend und unaufgefordert zu melden sind:

- Adressänderungen, Mietzinsänderung sowie Änderungen der Anzahl Mitbewohner
- Geburt eines Kindes, Trennung, Scheidung, Wiederverheiratung, Todesfall
- Aufnahme oder Aufgabe einer Erwerbstätigkeit sämtlicher Familienmitglieder
- Erhöhung oder Verminderung der Einnahmen, Ausgaben oder des Vermögens
- Wegzug ins Ausland oder länger als 3 Monate andauernder Auslandsaufenthalt

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

Unterschrift Ehegatte/-gattin
Partner/in

Ort und Datum

Unterschrift der vertretenden Person
(Verwandter, Beistand, Behörde)

Zutreffendes unterstreichen

Bei Vertretung eine Vollmacht oder der Ernennungsakt

Personalien der Vertretung, sofern diese Anmeldung von ihr unterschrieben wird

Name, Vorname _____

Adresse: _____

PLZ und Ort: _____