



Zusatzblätter zum Gesuch um Inkassohilfe für Familien mit mehr als 3 Kindern

1.7. Personalien der Kinder in Ihrem Haushalt

	Kind	Kind	Kind
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter
Geburtsdatum	_____	_____	_____
Bürgerort, Nationalität	_____	_____	_____
Neue AHV-Nr. (756. ...)	_____	_____	_____
Mutter des Kindes (Name, Vorname)	_____	_____	_____
Vater des Kindes (Name, Vorname)	_____	_____	_____
Welche finanziellen Leistungen beantragen Sie für dieses Kind?	<input type="checkbox"/> ALBV <input type="checkbox"/> ÜBH <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> ALBV <input type="checkbox"/> ÜBH <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> ALBV <input type="checkbox"/> ÜBH <input type="checkbox"/> Keine

ALBV = Alimentenbevorschussung; ÜBH = Überbrückungshilfe

Nur ausfüllen für Jugendliche in Ausbildung oder mit Schulaustritt im laufenden Jahr

Lehrfirma	_____	_____	_____
Schule	_____	_____	_____
Voraussichtliche Dauer der Ausbildung	Von _____ Bis _____	Von _____ Bis _____	Von _____ Bis _____
Hält sich das Kind zu Ausbildungszwecken im Ausland auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann? Von _____ Bis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann? Von _____ Bis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann? Von _____ Bis _____

1.8. Personalien von eigenen Kindern ausserhalb Ihres Haushalts

	Kind	Kind	Kind
Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter
Geburtsdatum			
Bürgerort, Nationalität			
Neue AHV-Nr. (756. ...)			
Welche finanziellen Leistungen beantragen Sie für dieses Kind?	<input type="checkbox"/> ALBV <input type="checkbox"/> ÜBH <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> ALBV <input type="checkbox"/> ÜBH <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> ALBV <input type="checkbox"/> ÜBH <input type="checkbox"/> Keine

ALBV = Alimentenbevorschussung; ÜBH = Überbrückungshilfe

Nur ausfüllen für Jugendliche in Ausbildung oder mit Schulaustritt im laufenden Jahr

Lehrfirma			
Schule			
Voraussichtliche Dauer der Ausbildung	Von Bis	Von Bis	Von Bis

2.5. Erwerbseinnahmen von Kindern im gleichen Haushalt

	Kind	Kind	Kind
Name			
Vorname			
Monatslohn brutto	Fr. <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13	Fr. <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13	Fr. <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13
Stundenlohn brutto	Fr.	Fr.	Fr.
Berufsauslagen	Kind	Kind	Kind
Arbeitsort			
Welches Verkehrsmittel benützen Sie für den Arbeitsweg?	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Verkehr <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Privatauto <input type="checkbox"/> Motorrad (über 50cm ³)	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Verkehr <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Privatauto <input type="checkbox"/> Motorrad (über 50cm ³)	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Verkehr <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Privatauto <input type="checkbox"/> Motorrad (über 50cm ³)
Wie viele Tagesfahrten pro Woche?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Benützung ÖV: Wie viele ZVV-Zonen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> alle Zonen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> alle Zonen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> alle Zonen
Fahrkosten ausserhalb des ZVV jährlich	Fr.	Fr.	Fr.
Benützung Privatauto, Motorrad: Distanz für Hin- und Rückfahrt? Begründung ¹ ?	km Grund: 	km Grund: 	km Grund:
Schulbesuch: An wie vielen Wochentagen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Anzahl auswärtiger Verpflegungen pro Woche	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ist die Verpflegung durch den Arbeitgeber verbilligt oder gibt es eine Kantine?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

1 Gemäss Wegleitung zur Steuererklärung, Abzüge Berufsauslagen, Fahrkosten zwischen Wohn- und Arbeitsstätte

2.6. Übrige Einnahmen von Kindern im gleichen Haushalt

	Kind	Kind	Kind
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Taggeld	Kind	Kind	Kind
Erhält das Kind Tag-gelder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Arbeitslosentaggeld <input type="checkbox"/> Krankentaggeld <input type="checkbox"/> Unfalltaggeld <input type="checkbox"/> IV-Taggeld <input type="checkbox"/> Taggeld aus Militär-versicherung	<input type="checkbox"/> Arbeitslosentaggeld <input type="checkbox"/> Krankentaggeld <input type="checkbox"/> Unfalltaggeld <input type="checkbox"/> IV-Taggeld <input type="checkbox"/> Taggeld aus Militär-versicherung	<input type="checkbox"/> Arbeitslosentaggeld <input type="checkbox"/> Krankentaggeld <input type="checkbox"/> Unfalltaggeld <input type="checkbox"/> IV-Taggeld <input type="checkbox"/> Taggeld aus Militär-versicherung
Wie viel pro Monat?	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Erwerbsersatz	Kind	Kind	Kind
Erhält das Kind Erwerbs-ersatz aus EO?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> Mutterschaftsver-sicherung <input type="checkbox"/> Erwerbsersatz für Militärdienstleistende	<input type="checkbox"/> Mutterschaftsver-sicherung <input type="checkbox"/> Erwerbsersatz für Militärdienstleistende	<input type="checkbox"/> Mutterschaftsver-sicherung <input type="checkbox"/> Erwerbsersatz für Militärdienstleistende
	Von _____	Von _____	Von _____
	Bis _____	Bis _____	Bis _____
Wie viel pro Monat?	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Weitere Einkünfte	Kind	Kind	Kind
Hat das Kind weitere Ein-künfte, die Sie noch nicht angegeben haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, wie viel? Fr. _____	Wenn ja, wie viel? Fr. _____	Wenn ja, wie viel? Fr. _____
	Nähere Bezeichnung: _____ _____ _____	Nähere Bezeichnung: _____ _____ _____	Nähere Bezeichnung: _____ _____ _____

3.2. Vermögen von volljährigen Kindern im gleichen Haushalt

	Kind	Kind	Kind
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Aktuelles Vermögen	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Hat das Kind in den letzten 12 Monaten Verwandtenunterstützung oder eine Schenkung von mindestens Fr. 5 000.– erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, wie viel?	Wenn ja, wie viel?	Wenn ja, wie viel?
	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Hat das Kind eine Erbschaft erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, Todestag Erblasser/in:	Wenn ja, Todestag Erblasser/in:	Wenn ja, Todestag Erblasser/in:
	_____	_____	_____
Besitzt das Kind weitere Vermögenswerte, die Sie noch nicht angegeben haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, wieviel?	Wenn ja, wieviel?	Wenn ja, wieviel?
	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
	Nähere Bezeichnung:	Nähere Bezeichnung:	Nähere Bezeichnung:
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____