### Stadt_Luzern_RGB

### G E S U C H

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**Anfragende Stelle:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |       |  | Strasse |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| PLZ, Ort |  |       |  | Tel.-Nr. |  |       |

**Gesuchsteller:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |       |  | Vorname |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Strasse |  |       |  | PLZ, Ort |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Zivilstand |  |       |  | Geb.-Datum |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Tel.-Nr. |  |       |  | Beruf |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Konfession |  |       |  |  |  |  |

**Kinder:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname |  |       |  | Jahrgang |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |  |  |       |

#### Andere um Unterstützung angefragte Institutionen: Ev. Kostenverteiler:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) |  |       |  | 1) |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2) |  |       |  | 2) |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3) |  |       |  | 3) |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4) |  |       |  | 4) |  |       |

 **Reformierte Kirche Luzern** | Kommission für Sozialarbeit und Inlandhilfe (KSI)

 **Gesuch einreichen an:** Reformierte Kirche Luzern / Sozialberatung / Doris Krummenacher / Morgartenstrasse 16 / 6003 Luzern

 Tel 041 227 83 32 / E-Mail: sozialberatung@reflu.ch / www.reflu.ch/luzern



**Bezieht die gesuchstellende Person Leistungen einer Sozialversicherung? Wenn ja, welche und für welchen Betrag?**

Ja [ ]  Nein [ ]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) |  |       |  | Fr. |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2) |  |       |  | Fr. |  |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3) |  |       |  | Fr. |  |       |

#### Ist die gesuchstellende Person Sozialhilfeempfänger (in) ?

Ja [ ]  Nein [ ]

Besitzt die gesuchstellende Person Vermögen?

Ja [ ]  Fr. Nein [ ]

Hat die gesuchstellende Person Schulden?

Ja [ ]  Fr. Nein [ ]

Hat sie Betreibungen?

Ja [ ]  Nein [ ]

Hat sie Lohnpfändung, Verlustscheine?

Ja [ ]  Nein [ ]

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich ersuche für Herr Frau |  |       |

 um Bewilligung einer einmaligen Unterstützung von

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fr. |  |       |  | für |  |       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort / Datum |  |       |  | Unterschrift |  |       |

**Begründung des Gesuches:**

**Budget der gesuchstellenden Person:**

##### Einnahmen

Einkommen netto Mann Fr.

Einkommen netto Frau Fr.

andere Einnahmen Fr.

Alimente Fr.

evtl. 13. Monatslohn : 12 Fr.

#### Total Einnahmen Fr.

##### Ausgaben

Miete für: Fr.

Nebenkosten Fr.

Parkplatz Fr.

Elektrizität Fr.

Billag Fr.

Telefongebühren Fr.

Mobiltelefongebühren Fr.

oblig. Krankenkassenprämien Fr.

evtl. Zusätze Fr.

Krankheiskosten:

Selbstbehalt, Franchise, Zahnarzt Fr.

Hausrat- und Haftpflichtversicherung Fr.

andere Versicherungen Fr.

Gemeinde u. Kantonssteuer Fr.

Bundessteuer Fr.

Wehrpflichtersatz Fr.

Berufsverbandsbeiträge Fr.

Fahrkosten ohne Auto Fr.

Unterhaltsverpflichtungen Fr.

Ausbildung Kinder Fr.

Kinderbetreuung Fr.

Auto: Steuern/Vers. Fr.

 Reparaturen Fr.

 Benzin Fr.       Fr.

Abzahlungsrate für Fr.

**Zwischentotal Ausgaben** **Fr.**  **- Fr.**

**verbleibender Rest für:** Fr.

Haushaltsgeld:

Essen, Körperpflege, Waschmittel Fr.

auswertige Verpflegung Fr.

Kleider Fr.

Taschengeld Kinder Fr.

Taschengeld Fr.

Zeitungsabo Fr.

Diverses: Erholung, Hobby, Haustier Fr.

**Total Ausgaben Fr.** **- Fr.**

**Saldo : Überschuss + oder Fehlbetrag -** **Fr.**