

CMS Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

**Izjava o mjesečnim dohocima**

Prijevod u svrhu informiranja. U slučaju sumnje primat imaju originalne verzije teksta na francuskom i njemačkom jeziku.

Križićem označiti odgovarajući mjesec i odgovarajuću godinu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Budžet mjesec | Siječanj | Veljača | Ožujak | Travanj | Svibanj | Lipanj | Srpanj | Kolovoz | Rujan | Listopad | Studeni | Prosinac |
| Godina | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** | **2031** |

1. **Osobni podaci**

|  |  |
| --- | --- |
| Prezime: |       |
| Ime: |       |
| Aroj telefona |       |
| Socijalni/a savjetnik/ca: |       |
| Administrativni asistent |       |

1. **Informacije o vlastitoj / financijskoj situaciji**

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja: Da Ne

Da li se kod Vas nešto promijenilo u odnosu na protekli mjesec?**[ ]** **[ ]**

Ukoliko se nešto promijenilo, molimo Vas da odgovorite i na sljedeća pitanja:

 Da li se promijenio broj osoba u vašem kućanstvu? [ ]  [ ]

 Primjedbe:……………………………………………………………………………………

 Da li je netko iz Vašeg kućanstva boravio u inozemstvu ili to namjerava učiniti? [ ]  [ ]

 Primjedbe: ..………………...………………………………………...……….

 Da li je netko iz Vašeg kućansva prošlog mjeseca sudjelovao u nekom poslovnom postupku [ ]  [ ]

 (tečaj nekog jezika, praktikum, razjašnjenje problema oko posla)

 Primjedbe:……………………………………………………………………………………

 Što se inače kod Vas promijenilo? [ ]  [ ]

 Primjedbe:…………………………………………………………………………………...

1. **Prihodi u CHF (priložiti potvrde)**

Da li ste primili ikakav prihod nakon Vaše zadnje potražnje? [ ]  [ ]

Ukoliko jeste, molimo da ga navedete u sljedećoj tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gospodin | Gospođa | Dijete/djeca |
| Mjesečna neto zarada (uključujući strukovnu praksu, praktikum,...) |       |       |       |
| Mjesečni prihodi od samostalne djelatnosti |       |       |       |
| Državna osiguranja, mirovine i dnevnice: AHV / IV / ALV /UVG / BVG / EO |       |       |       |
| Druge naknade: naknade za gubitak dohotka zbog bolesti i EL |       |       |       |
| Alimentacijske mirovine |       |       |       |
| Mjesečni sporedni dohoci (kućna radinost, domaćinstvo,…) |       |       |       |
| Dohoci od imovine / podnajam |       |       |       |
| Dodaci za obitelj ili za obrazovanje (dodatak za djecu) |       |       |       |
| Obitelsko pravni dodaci za uzdržavanje kao alimenti / pripomoć od rodbine |       |       |       |
| Ostalo (stipendije, zajam za školovanje, nasljedstva, dobici na lutriji, prilozi,…) |       |       |       |

1. **Troškovi uvjetovani situacijom**

Pravo na posjetu (križićem označite dotične dane):

*Mjesec u pitanju :*

*Dijete:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mjesec u pitanju :*

*Dijete:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Troškovi obroka (križićem označite dotične dane):

*Mjesec u pitanju :*

*Platitelj:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mjesec u pitanju :*

*Platitelj:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Potvrde / Prilozi**

Uz ovu Vlastitu izjavu potrebno je priložiti sljedeće potvrde:

[ ]  Bankovni i/ili poštanski izvadci računa za zadnji mjesec

[ ]  Dokaz da ste platili svoju stanarinu (ako stanarinu sami plaćate)

[ ]  Podaci o Vašim novim bankovnim računima

[ ]  Potvrde o troškovima transporta ako se odnose na poslovne/školske/medicinske svrhe ili na zadatke vezane uz skrb

[ ]  Aktualne liječničke svjedodžbe za svakog radno nesposobnog člana kućanstva

1. **Potpis**

Svojim potpisom potvrđujete da su na ovom dokumentu navedeni ukupni dohoci potporne jedinice te da nisu nastupile nikakve promjene u pogledu financija. Na priloženom dokumentu potrebno je navesti svaku moguću promjenu u sklopu Vašeg kućanstva. Također se obvezujete odmah prijaviti Socijalno medicinskom centru Oberwallis svaku promjenu između datuma potpisivanja i kraja mjeseca, koja bi mogla imati utjecaj na ovu izjavu.

Ovaj potpisani i propisno ispunjeni dokument upućuje se, zajedno sa u odlomku 5 spomenutim potvrdama, **do 31. u mjesecu koji slijedi mjesecu za koji se podnosi molba za socijalnu pomoć** Socijalnoj službi Socijalno medicinskog centra. U protivnom se isplata socijalne pomoći ne garantira, budući da se zahtjev za socijalnom pomoći ne može utvrditi.

Mjesto i datum:

Potpis podnositelja/ice molbe:

Potpis bračnog/vanbračnog partnera/ice:

 Ispunjava SMZ

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrola socijalne službe dana: |       |
| Isplaćeno dana: |       |
| Visa socijalne službe: |       |