

SMZ Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

**Declaração mensal de renda**

Tradução em português para informação e sem valor legal. No caso de dúvida, as versões originais em francês e alemão fazem fé.

Zutreffenden Monat und zutreffendes Jahr ankreuzen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| orçamento mês | Jan. | Fevr. | Março | Abril | Maio | Junho  | Julho | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
| ano | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** | **2031** |

1. **Informações pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| apelido: |       |
| nome próprio: |       |
| Número de telefone |       |
| assistente social |       |
| Assistente administrativo |       |

1. **Informações sobre a situação pessoal / financeira**

Responda às seguintes perguntas: Sim Não

Alguma coisa mudou para você em comparação ao mês anterior?**[ ]** **[ ]**

Se algo mudou, por favor, responda também às seguintes perguntas:

 O número de pessoas em sua casa mudou? [ ]  [ ]

 Comentário:………………………………………………………………………………

 Alguém em sua casa permaneceu no estrangeiro ou planeia fazê-lo ? [ ]  [ ]

 Comentário: ..………………...………………………………………...……….

 Alguém em sua casa participou numa medida de inserção profissional no mês anterior? [ ]  [ ]

 (curso de idiomas, estàgio, etc.)

 Comentário:……………………………………………………………………………………

 Algo mais mudou? [ ]  [ ]

 Comentário:…………………………………………………………………………………...

1. **Renda em CHF (anexar documentos)**

Recebeu uma renda desde o seu último pedido? [ ]  [ ]

Se assim for, por favor, inclua-os na tabela a seguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sr. | Sra. | criança(s) |
| Salário líquido mensal (incl. Estágio,...) |       |       |       |
| Renda mensal do trabalho por conta própria |       |       |       |
| Seguro social, pensões e ajudas de custo: AHV/ IV / ALV / UVG / BVG / EO |       |       |       |
| Outros benefícios: subsidio de doença por perda de rendimentos e EL |       |       |       |
| Pensão de alimentos |       |       |       |
| Renda adicional mensal (trabalho em casa, família, ...) |       |       |       |
| Renda de propriedade / sublocação |       |       |       |
| Subsídios familiares ou de formação (subsídios para crianças) |       |       |       |
| Contribuições para o sustento dos pais / da familia  |       |       |       |
| Outros (bolsas, empréstimos de formação, heranças, ganhos de loteria, doações,...) |       |       |       |

1. **Custos situacionais**

Direito de visita (faça uma cruz nos dias relevantes):

*Mês em questão:*

*Criança:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mês em questão:*

*Criança:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Despesas de refeições (faça uma cruz nos dias relevantes):

*Mês em questão:*

*Pessoa afetada:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mês em questão:*

*Pessoa afetada:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. **Documento / Suplemento**

Os seguintes documentos devem ser anexados a esta autodeclaração:

[ ]  Extratos bancários e/ ou postais do último mês

[ ]  Prova de que você pagou seu aluguel (se você mesmo pague o aluguel)

[ ]  Informações sobre as suas novas contas bancarias

[ ]  Evidências dos custos de transporte incorridos para fins profissionais/ escolares/ médicos ou para despesas de guarda de crianças

[ ]  Atestados médicos atuais para cada membro domiciliar incapacitado

1. **Assinatura**

Ao assinar, você confirma que toda a renda da unidade de suporte está listada neste documento e que não ocorreu nenhuma alteração nos ativos. Qualquer alteração na composição de sua casa é indicada neste documento. Você também concorda em notificar imediatamente o SMZ de quaisquer alterações que possam afetar esta declaração entre a data da assinatura e o final do mês.

Este documento assinado e devidamente preenchido, juntamente com os documentos de apoio referidos na seção 5, deve ser enviado ao Serviço Social da SMZ até o dia 31 do mês anterior ao pedido de assistência social. Caso contrário, o pagamento dos benefícios da assistência social não é garantido, pois o direito à assistência social não pode ser determinado.

Localização e data:

Assinatura do requerente:

Assinatura de parceiro/-a:

A ser preenchido pelo SMZ

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrolle SA am: |       |
| Bezahlt am: |       |
| Visa SA: |       |