**Fragebogen zum Eingangsinventar**

Betreute Person  
Name, Vorname, Geb-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Massnahme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ KESB-Entscheid vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nach Art. ZGB)

MandatsträgerIn   
Name, Vorname, Geb-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte sämtliche Punkte vollständig ausfüllen, jeweils explizit „keine“ ankreuzen.

**Inventarstichtag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Gemäss KESB-Entscheid; ab Mandatsübernahme)

Vermögen per Inventarstichtag

Total Aktiven CHF

Total Passiven CHF

Schulden (pro memoria) CHF

(siehe Auflistung auf Seite 2)

**Aktiven**

**⬥ Konti/Sparhefte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bank** | **IBAN Nummer** | **Betrag in CHF** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Belege: sämtliche Kontoauszüge per Inventarstichtag (siehe auch Checkliste zum Eingangsinventar)

**⬥ Obligationen/Aktien** keine

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bank** | **%** | **Verfall** | **Betrag in CHF** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**⬥ Barschaft CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** keine

(vorhandenes Bargeld)

**⬥ Schrankfächer** keine

Der Inhalt von Schrankfächern ist im Beisein einer Sachbearbeiter/in der Sozialen Dienste Oberer Leberberg zu inventarisieren, bitte wenden Sie sich hierfür an die Fachstelle PriMa.

**⬥ Liegenschaft/Eigentumswohnung** keine

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liegenschaft** | **GB-Nummer** | **Katasterwert** | **Betrag in CHF** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Belege: siehe Checkliste Eingangsinventar

**⬥ Freizügigkeitsleistungen**  muss abgeklärt werden keine

Freizügigkeitsstiftung, Ort,

Belege: siehe Checkliste zum Eingangsinventar Altersguthaben CHF **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Passiven** (sofern die Schulden in der Steuererklärung deklariert sind; kein Leasing)

**⬥ Darlehen, Kredite, Hypotheken**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gläubiger** | **Konto-Nummer** | **Betrag in CHF** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**⬥ Schulden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Betreibungsamt** | **Auszug vom:** | **Betrag in CHF** |
|  |  |  |
| **Übrige Schulden** | **Konto- bzw. Referenz-Nr.** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Belege: aktueller Betreibungsregisterauszug (wenden Sie sich hierfür an die Fachstelle PriMa),   
offene Rechnungen in Kopieform beilegen

**Einkünfte aus Versicherungen**

**⬥ AHV- / IV-Rente** keine

Ausgleichskasse, Ort

CHF \_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag pro Monat

**⬥ Hilflosenentschädigung** keine

Ausgleichskasse, Ort

CHF \_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag pro Monat

**⬥ Ergänzungsleistung zur AHV / IV** keine

Ausgleichskasse, Ort

CHF \_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag pro Monat

Ein Gesuch wird / wurde am       eingereicht.

**⬥ Rente Berufliche Vorsorge**

Alter  Invalidität  Hinterlassenschaft  muss abgeklärt werden  keine

Vorsorgeeinrichtung, Ort

CHF \_\_\_\_\_\_\_\_

Betrag pro Monat

**⬥ Private Renten- oder Kapitalversicherungen**

Alter  Invalidität  Hinterlassenschaft  muss abgeklärt werden  keine

Versicherungsgesellschaft, Ort

CHF \_\_\_\_\_\_\_

Betrag pro Monat einmalige Kapitalauszahlung CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Belege: Depot- und Kontoauszüge per Stichtag, Steuererklärungen mit Wertschriftenverzeichnis (letzterstellte vor Massnahme)

**Erwerbstätigkeit** keine

Arbeitgeber/in

Beruf / Tätigkeit

CHF \_\_\_\_\_\_\_

(Monatseinkommen netto)

**⬥ Unterhaltsansprüche (Alimente)** keine

Alimentenschuldner/in

CHF\_\_\_\_\_\_\_  indexiert

**Übrige Einkünfte** keine

CHF \_\_\_\_\_\_\_

Betrag pro Monat

Belege: aktueller Bank- / Postbeleg der Überweisung oder aktueller Renten- / Lohnausweis,   
Entscheid / Verfügung insbesondere bezüglich Nachzahlungen, Gerichtsurteil, Policen

**Wohnverhältnisse**

eigenes Haus / Eigentumswohnung

Miethaus / -wohnung Anzahl Zimmer \_\_\_\_\_\_\_\_

Alters-, Pflege- oder anderes Heim, Klinik

seit

Belege: siehe Checkliste zum Eingangsinventar

**⬥ Mieterkaution / Depot / Anteilschein**

Wohnung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  keine

Heim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  keine

Belege: siehe Checkliste zum Eingangsinventar

**⬥ Mobiliar / persönliche Effekten (Fahrhabe) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  keine

**⬥ Die Wohnung wird aufgelöst**

Ein Inventar wurde am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ erstellt.

Es sind keine Möbel / Gegenstände von besonderem Wert vorhanden. Die gesamte Fahrhabe ist ohne besonderen Liquidationswert.

**⬥ Die betreute Person bewohnt weiterhin Haus, Wohnung oder Zimmer**

Die betreute Person besitzt ausser persönlichen Effekten ohne besonderen Liquidationswert keine Fahrhabe.

*(Keine eigenen Möbel, Heimzimmer und Wohnung sind möbliert.)*

Es sind keine Möbel / Gegenstände von besonderem Wert vorhanden. Die gesamte Fahrhabe ist ohne besonderen Liquidationswert.

Es bestehen folgende Möbel / Gegenstände von besonderem Wert:

(*Es sind nur besonders wertvolle Gegenstände wie antike Möbelstücke, Kunstgegenstände etc. aufzuführen)*

Belege: Kaufbelege, Schätzungsgutachten, Liste

**Versicherungen**

**⬥ Berufliche Vorsorge**  muss abgeklärt werden  keine

Vorsorgeeinrichtung, Ort

Versicherte Leistungen:

Alter  Invalidität  vorhandenes Alterskapital

CHF \_\_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_\_

Betrag pro Jahr Betrag pro Jahr Betrag

**⬥ Lebensversicherung**   keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr**.**       Jahresprämie CHF

Aufenthaltsort Original-Police

Versicherte Leistungen:

Alter  Invalidität  Todesfall  Prämienbefreiung

**⬥ Krankenversicherung**

KVG:

Krankenkasse, Agentur

Versicherungs-Nr**.**      Monatsprämie CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VVG:  keine

Krankenkasse, Agentur

Versicherungs-Nr**.**      Monatsprämie CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⬥ Unfallversicherung** keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr**.**      Jahresprämie CHF **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**⬥ Hausratversicherungen** keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr**.** Jahresprämie CHF

**⬥ Haftpflichtversicherungen** keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr.       Jahresprämie CHF

**⬥ Weitere Versicherungen** keine

Belege: Policen

**Unterschrift betreute Person**

Die betreute Person kann den Inhalt des Inventars erfassen und dieses unterzeichnen.

Die betreute Person kann den Inhalt des Inventars nicht erfassen und dieses nicht   
unterzeichnen. 🡺 Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bescheinigen:

Ort und Datum MandatsträgerIn Betreute Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_