**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

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