**Gastfamilie /AntragstellerIn**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name und Vorname*  |       |
| *Adresse*  |       |
| *Telefonnummer / Mobil* |       |
| *E-Mail* |       |
| *Bankverbindung* | IBAN-Nr.      Bank:       |

|  |  |
| --- | --- |
| *Wie viele Flüchtlinge wohnen**bei Ihnen?* |       |
| *Seit wann?* |       |
| *Erhalten Sie bereits eine**Entschädigung?* | **[ ]** Ja **[ ]** Nein |
| *Wie lange sind Sie bereit,**die Flüchtlinge bei Ihnen**unterzubringen?* |  |

***Haben ihre Gäste den Schutzstatus S beim BAZ (Bundesasylzentrum) in Altstätten beantragt/erhalten?***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  *beantragt*  | [ ]  *erhalten*  |  | Datum:       |

**Art der Unterkunft**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Separate Wohneinheit*** | **[ ]  Ja**  |  |
| *Adresse?* |  |  |
| *Anzahl Zimmer?* |       |  |
| *Kochgelegenheit* | [ ]  separat [ ]  gemeinsam |  |
| *Sanitäre Einrichtungen* | [ ]  separat [ ]  gemeinsam |  |
| *Allgemeine Ausstattung?**z.B. Radio/TV, Internet,Waschmaschine usw.* |       |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Integriert in den eigenen*** ***Haushalt*** | **[ ]  Ja**  |  |
| *Wie viele Personen leben* *normalerweise im Haushalt?* | *Erwachsene* *Kinder*  |  |
| *Anzahl Zimmer gesamt?* |  |  |
| *Anzahl Zimmer für die Flüchtlinge?* |       |  |
| *Kochgelegenheit* | **[ ]** separat **[ ]** gemeinsam |  |
| *Sanitäre Einrichtungen* | **[ ]** separat **[ ]** gemeinsam |  |
| *Allgemeine Ausstattung?**z.B. Radio/TV, Internet,usw.* |  |  |

## Personalien der Gäste

***Person 1***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name* |       |
| *Vorname* |       |

***Person 2***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Beziehung* | [ ]  *EhepartnerIn* | [ ]  *Konkubinat* | [ ]  *Andere*  |       |
| *Name* |       |
| *Vorname* |       |

***Kinder***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Name*  |       |       |       |       |
| *Vorname*  |       |       |       |       |

***Verpflegung***

*Stellen Sie zusätzlich einen Antrag auf Verpflegungskosten durch die Gemeinde?*

*[ ]  Ja [ ]  Nein*

***Weitere Auslagen***

*Haben Sie als Gastfamilie weitere zusätzliche, erwähnenswerte Auslagen?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[ ]  Ja [ ]  Nein* | Betrag pro Monat |       |

**Allgemeines:**

1. *Die Entschädigung an Gastfamilien werden frühestens ab dem Monat ausgerichtet, ab welchem die Gemeinde Anspruch auf die Globalentschädigung hat.*
2. *Sämtliche Änderungen im Haushalt, bei der Anzahl Personen usw. sind den Sozialen Diensten umgehend und unaufgefordert zu melden.*

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle von Ihnen gemachten Angaben wahrheitsgemäss und vollständig sind:*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ort und Datum* |       |
| *Unterschriften* |  |  |
|  | *Antragstellerin / Antragsteller*  |  |  |

***Postadresse***

SDUR

Soziale Dienst Untersee & Rhein

Schlattingerstrasse 6

Postfach

8253 Diessenhofen