

**RÜCKERSTATTUNG FÜR ABGERECHNETEN KOSTENINTENSIVEN
UNTERSTÜTZUNGSFALL**

Kontaktperson für Anfragen zum Teilpooling

Gemeinde _____ Datum _____

Name _____ Vorname _____

Telefon-Nr. _____ E-Mail-Adresse _____

Angaben zur sozialhilfebeziehenden Person (Dossier)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Zivilstand _____

CH Ausländerin / Ausländer Status _____

Rückerstattung

Rückerstattung im betreffenden Jahr: Fr. _____

Allfällige Bemerkungen:

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift