**Eingangsinventar**

Name, Geb-Datum:

Massnahme:       Entscheid vom

(nach Art. ZGB)

MandatsträgerIn:

Bitte sämtliche Punkte vollständig ausfüllen, jeweils explizit „keine“ ankreuzen. Zu jedem Punkt sind nachfolgend die dazu einzureichenden Belege (Kopien) aufgeführt, welche mit einer Beleg-Nr. zu versehen sind.

**Inventar per:**

Vermögen

**Total Aktiven** CHF

Total Passiven inkl. Schulden CHF

Bilanz CHF

**Aktiven**

**Konti/Sparhefte von Beistandsperson verwaltet**

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

**Obligationen/Aktien**

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

**Barschaft CHF**

**Aktiven**

**Konti/Sparhefte von der betreuten Person verwaltet**

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

**Obligationen/Aktien**

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

**Barschaft CHF**

**Schrankfächer**

Der Inhalt von Schrankfächern ist in der Regel im Beisein einer Sachbearbeiter/-in des Regionalen Sozialdienstes BBL zu inventarisieren.

**Liegenschaft**

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

Belege: Grundbuchauszug, Beleg bezüglich Steuerwert, Aufstellung über Mietverhältnisse/Mietzinsen

**Freizügigkeitsleistungen** [ ]  muss abgeklärt werden **[ ]** keine

Freizügigkeitsstiftung, Ort, Altersguthaben CHF

Belege: letzter Kontoauszug

**Passiven**

**Darlehen, Kredite, Hypotheken**

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

**Schulden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Betreibungsamt**  | **Auszug vom:** | **Betrag in CHF** |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **übrige Schulden** | **Konto- bzw. Referenznummer:** | **Betrag in CHF** |
|       |       |       |
|       |       |       |

**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 [ ]  keine

[ ]  muss abgeklärt werden

Vorsorgeeinrichtung, Ort

CHF

Betrag pro Monat

**Private Renten- oder Kapitalversicherungen**

[ ]  Alter [ ]  Invalidität [ ]  Hinterlassenschaft [ ]  keine

[ ]  muss abgeklärt werden

Versicherungsgesellschaft, Ort

CHF       CHF

Betrag pro Monat einmalige Kapitalauszahlung

Belege: Police

**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

**Ausgaben**

**Unterhaltsleistungen [ ]** keine

**Weitere Verpflichtungen [ ]** keine

**Wohnverhältnisse**

**[ ]** eigenes Haus / Eigentumswohnung

**[ ]** Miethaus / -wohnung Anzahl Zimmer

**[ ]** Alters-, Pflege- oder anderes Heim, Klinik

 seit

 Belege: Mietvertrag, Heimrechnung

**Mieterkaution / Depot / Anteilschein**

Wohnung       [ ]  keine

Heim       [ ]  keine

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

**Mobiliar / persönliche Effekten (Fahrhabe)**

**Der Haushalt 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, Zimmer 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 werde [ ]  keine

Vorsorgeeinrichtung, Ort

Versicherte Leistungen:

[ ]  Alter [ ]  Invalidität [ ]  vorhandenes Alterskapital

CHF       CHF       CHF

Betrag pro Jahr Betrag pro Jahr

**Lebensversicherung** [ ]  keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr**.**       Jahresprämie CHF

Aufenthaltsort Original-Police

Versicherte Leistungen:

[ ]  Alter [ ]  Invalidität [ ]  Todesfall [ ]  Prämienbefreiung

**Krankenversicherung** **[ ]** keine

KVG:

Krankenkasse, Agentur

Versicherungs-Nr**.**      Monatsprämie CHF

VVG:

Krankenkasse, Agentur

Versicherungs-Nr**.**      Monatsprämie CHF

**Unfallversicherung** **[ ]** keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr**.**      Jahresprämie CHF

**Hausratversicherung** **[ ]** keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr**.** Jahresprämie CHF

**Haftpflichtversicherung [ ]** keine

Versicherungsgesellschaft, Agentur

Policen-Nr.       Jahresprämie CHF

**Weitere Versicherungen** **[ ]** keine

Belege: Policen

**Inventaraufnahme**

Aufgrund                ist                 bei finanziellen und persönlichen Angelegenheiten auf Unterstützung angewiesen. Bis zur Errichtung der Beistandschaft unterstützten ihn/sie                          bei der Erledigung seiner/ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten.

Die Aufnahme des Inventars erfolgte mit

**Bemerkungen**

**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.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bescheinigen:

Ort und Datum MandatsträgerIn Betreute Person

…………………………… ………………………... ……………………………