**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

…………………………… ………………………... ……………………………