**Gesuch um Erlass der Kosten für Teilnehmende von  
Arbeitsmarktintegrationsprogrammen ab 2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien Gesuchsteller/in** *(Programmteilnehmer/in)* | | | |
| Name |  | | |
| Vorname |  | | |
| Strasse |  | | |
| PLZ Ort |  | | |
| Geschlecht | m  w | | |
| Geburtsdatum, Zivilstand |  |  | |
| Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus |  |  | |
| E-Mail - Adresse, Telefonnummer |  |  | |
| Arbeitgeber, Ort |  | | nicht erwerbstätig |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien Ehepartner/in oder Partner/in** | | | |
| Name |  | | |
| Vorname |  | | |
| Geburtsdatum |  | | |
| Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus |  |  | |
| Arbeitgeber, Ort |  | | nicht erwerbstätig |
| nicht im gleichen Haushalt wohnhaft | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum geplanten Arbeitsmarktintegrationsprogramm** | |
| Programmanbieter |  |
| Programmart | Beschäftigung I  Beschäftigung II  Qualifizierung  integration.arbeit (Supported Employment)  Coaching  Traumaprogramm  Für das Schuljahr 2024-2025 werden die gesamten Kosten für Jugendprogramme bezahlt. Deswegen braucht es kein Gesuch um Erlass der Kosten. |
| Geplanter Programmstart |  |
| **Weitere Personen im gleichen Haushalt** | |
| **Kinder**,  die im gleichen Haushalt leben | Name: Vorname: Geburtsdatum: |
| keine im gleichen Haushalt |
| **Weitere Personen**, die im gleichen Haushalt leben  (Eltern, Grosseltern, andere Mitbewohner/innen etc.) | Name: Vorname: Beziehungsart: |
| keine |

|  |  |
| --- | --- |
| **Auskunft über das Vermögen** *(Nachweis dem Gesuch beilegen)* | |
| Vermögen / Sparguthaben | nein, ich habe kein Vermögen  ja, ich habe ein Vermögen  Fr. |

|  |
| --- |
| **Folgende Unterlagen müssen beigelegt werden:** |
|  |
| Lohnabrechnungen aller Personen der letzten 3 Monate |
| Kontoauszüge aller Konten mit Saldo |
| Kopie Ausweis / Aufenthaltsbewilligung (nur von Teilnehmer/in) |
|  |
| Wenn vorhanden: |
| Belege der Familienergänzungsleistungen (FamEL) |
| Kopie der Krankenkassenpolicen aller Familienmitglieder (wenn FamEL) |
| Belege über Prämienverbilligung der Krankenkasse |
| Belege über AHV-Rente, IV-Rente oder andere Renten |
| Belege über Arbeitslosen-, Kranken- oder Unfalltaggelder |

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich wahrheitsgetreue und vollständige Angaben gemacht habe. Ausserdem nehme ich davon Kenntnis, dass ich mich für unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Kostenübernahme führen können, strafbar mache und ich den Beitrag zurückzuerstatten habe. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Erlass der Kurskosten.*

Datum Unterschrift Gesuchsteller/in

Unterschrift Ehepartner/in oder Partner/in

**Bitte senden Sie das Gesuch an folgende Adresse:**

*Amt für Gesellschaft und Soziales*

*Fachbereich Erwachsene*

*Ambassadorenhof*

*Riedholzplatz 3*

*4509 Solothurn*

oder

[*soziale.einrichtungen@ddi.so.ch*](mailto:soziale.einrichtungen@ddi.so.ch)