**Gesuch um Erlass der Kosten für Teilnehmende von  
Deutsch-Integrationskursen ab 2022**

Das Gesuch ist bis spätestens **drei Wochen vor dem voraussichtlichen Kursstart** vollständig einzureichen. Bitte beachten Sie: Zwischen Weihnachten und Neujahr sind die Büros der kantonalen Verwaltung geschlossen.

Erstes Gesuch  Folgegesuch

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum geplanten Deutsch-Integrationskurs** | |
| Kursanbieter | ECAP Solothurn  VHS Solothurn  K5 Basel |
| Kurstyp | Intensiv  Alphabetisierungskurs |
| Geplanter Kursstart |  |
| Kinderbetreuung während des Unterrichts | ja, Anzahl Kinder:  nein |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezogene staatliche Unterstützungsleistungen** *(Nachweis dem Gesuch beilegen)* | |
| **Gesuchsteller/in** | **Ehepartner/in oder Partner/in** |
| keine | keine |
| Invalidenrente  Ergänzungsleistungen zur IV / AHV  Familienergänzungsleistungen  Altersrente  Hinterlassenenrente  Arbeitslosenentschädigung  Prämienverbilligung der Krankenkasse  andere: | Invalidenrente  Ergänzungsleistungen zur IV / AHV  Familienergänzungsleistungen  Altersrente  Hinterlassenenrente  Arbeitslosenentschädigung  Prämienverbilligung der Krankenkasse  andere: |

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

|  |
| --- |
| **Dem Gesuch sind folgende Unterlagen aller im gleichen Haushalt lebenden Personen beizulegen:** |
|  |
| Lohnabrechnungen der letzten 3 Monate (alle Einkommen des Haushaltes) |
| Kontoauszüge (Bewegungen) der letzten 3 Monate *(alle Konten des Haushaltes)* |
| Nachweis bezogene staatliche Unterstützungsleistungen (falls vorhanden) |
| Letzte definitive Steuerveranlagung oder Quellensteuerabzug auf Lohnabrechnung |
| Kopie Ausweis / Aufenthaltsbewilligung (nur von Kursteilnehmer/in) |
| Kursbestätigungen der bereits besuchten Kurse (nur bei Folgegesuch) |
|  |

*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*