



Omsorgsförvaltningen

Ansökan om bidrag ur Skara kommuns fonder under förvaltning av omsorgsnämnden

Personuppgifter

Namn	Personnr	Yrke
Namn	Personnr	Yrke
Gatuadress	Postnr	Postadress

Hemmavarande barns personnr (0-20 år)

1.	2.	3.	4.	5.
----	----	----	----	----

Civilstånd

Gift/Sammanboende

Ensamstående

Ekonomi (Obligatoriskt)

	Sökande	Maka/make/sammanb.
Lön/A-kassa/Pension/Försörjningsstöd/Sjukersättning med mera per månad efter avdrag för skatt		
Bidragsförskott/Underhållsbidrag per månad		
Bostadsbidrag/Bostadstillägg per månad		
Barnbidrag per månad		
Övriga inkomster/bidrag per månad efter avdrag för skatt		
Bank/kapitaltillgångar		
Skulder		
Bostadskostnad per månad		

Hyreslägenhet

Bostadsrätt

Egen fastighet

Ändamål för bidraget (Som grund för bedömning), Obligatoriskt/Övriga upplysningar

--

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
------	----------------	-------------

Sökandes underskrift	Maka/make/sambos underskrift	Telefonnummer
----------------------	------------------------------	---------------

Ansökan ska vara Skara kommun, Omsorgskontoret, 532 88 SKARA tillhanda **31 augusti 2019.**

Vi behöver spara och hantera personuppgifter om dig för att kunna administrera din ansökan.

Vi följer de lagar som styr hanteringen av dina personuppgifter som t.ex. dataskyddsförordningen och andra lagar. För mer information se www.skara.se/personuppgifter.