

ANSÖKAN om ekonomiskt bistånd

Period

Ifylles av socialsekreterare

Socialsekreterare	Besöksdag	Besökstid
-------------------	-----------	-----------

1. Personuppgifter

Sökandens tilltalsnamn och efternamn	Personnummer
Medsökandens tilltalsnamn och efternamn	Personnummer
Civilstånd, sökande <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Gift	
Barn, tilltalsnamn och efternamn	Personnummer

2. Hemmaboende barn över 18 år

Namn	Sysselsättning
Namn	Sysselsättning

3. Adress

Adress	Postnummer och ortsnamn
Telefonnummer	E-postadress

4. Bostad (om bostaden är en egen fastighet ska även en fastighetsbilaga ifyllas)

<input type="checkbox"/> Hyreskontrakt 1:a hand <input type="checkbox"/> Hyreskontrakt 2:a hand <input type="checkbox"/> Egen fastighet/bostadsrätt <input type="checkbox"/> Inneboende hos föräldrar/annan				
Antal rum	Antal boende	Hyra per månad	Hyresvärd	Kontraktsinnehavarens namn

5 A. Sökandes sysselsättning

Arbete, utbildning, sjukskrivning, saknar arbete, praktik m m	Fr o m	T o m
Inskrivn på Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arbetsförmedlarens namn	

5 B. Medsökandes sysselsättning

Arbete, utbildning, sjukskrivning, saknar arbete, praktik m m	Fr o m	T o m
Inskrivn på Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arbetsförmedlarens namn	

6. Ansökan avser

Försörjningsstöd enligt riksnorm. (Riksnormen fastställs av regeringen).	Försörjningsstöd till övriga kostnader. (Bifoga faktura eller kvitto).	Övrigt ekonomiskt bistånd. (Bifoga faktura och/eller kvitto).
<input type="checkbox"/> Riksnorm	Boendekostnad _____ kr	_____
I riksnormen ingår kostnader för:	El _____ kr	_____
- livsmedel	Fackavgift/a-kassa _____ kr	_____
- kläder/skor	Hemförsäkring _____ kr	_____
- lek/fritid	Arbetsresor _____ kr	_____
- förbrukningsvaror	Barnomsorg _____ kr	_____
- hälsa/hygien	Tandvård, akut _____ kr	_____
- dagstidningar/telefon/TV-avgift	Sjukvård/medicin _____ kr	_____
- barnförsäkring		

7. Inkomster efter preliminär skatt

Typ av inkomst	Sökande	Datum	Medsökande	Datum
Lön				
A-kassa/alfa-kassa				
Aktivitetsstöd/utvecklingsersättn.				
Föräldrapenning				
Barn-/studiebidrag				
Bostadsbidrag				
Underhållsstöd				
Sjukpenning				
Aktivitetsersättning/sjukersättning				
Etableringsersättning				
Pension/AFA				
Insättning på kontot				
Övriga inkomster				

8. Tillgångar (belopp/värde)

Bankmedel/fonder Aktier/obligationer	Bil/båt/mc/husvagn	Bostadsrätt/fastighet	Övrigt	Saknas

9. Försäkran och underskrift

Jag/vi intygar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att jag/vi så länge vi erhåller ekonomiskt bistånd meddelar omsorgsförvaltningen förändringar i de uppgifter som lämnats på denna blankett.

Jag/vi godkänner att kontroller görs hos försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, bilregistret, bolagsverket, elleverantör, skatteverket, hyresvärden, annan kommuns socialnämnd, kronofogdemyndigheten och CSN.

Jag/vi har informerats om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan leda till polisanmälan om bedrägeri samt medföra återbetalningsskyldighet av de belopp som erhållits med stöd av oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Enligt personuppgiftslagen (PUL) § 10 är behandling av personuppgifter tillåten om den är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige skall kunna utföra en arbetsuppgift i samband med myndighetsutövning. Uppgifterna som lämnas i samband med ansökan kommer att registreras i myndighetens personregister.

Ort och datum	Sökande, underskrift	Medsökande, underskrift
---------------	----------------------	-------------------------