Återansökan ekonomiskt bistånd

طلب الحصول على المساعدة المالية

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| جميع الحقول يجب أن تكون مُعبئة حتى تكون الإستمارة كاملة . إذا لم يكن لديكم دخل على سبيل المثال يجب أن تكون جميع الحقول معبئة بــــ 0 كرونة .  المتزوجين و الأشخاص المقيمين مع آخرين لديهم التزامات النفقة المتبادلة و يجب عليهم التقدم للحصول على المساعدة المالية بشكل مشترك. ولذلك يتم توفير المعلومات المتعلقة بكل منهما في الإستمارة .  سوف يتم تسجيل المعلومات الشخصية المقدمة في هذه الإستمارة في نظام البيانات الخاص بالخدمات الإجتماعية و تستخدم في التحقيق بحقك في الحصول على المساعدة المالية .  إذا كنت تريد معلومات حول كيفية استخدام معلوماتك الشخصية يمكنك التواصل بالخدمات الاجتماعية . | | | | | | | |
| Ansökan avser månad:الطلب يشير إلى شهر | | | Handläggare:  المسؤول | | | | |
| Personuppgifter sökande المعلومات الشخصية للمتقدم | | | | | | | |
| Förnamnالإسم | | | Efternamnالكنية | | Personnummerالرقم الشخصي | | |
| Adressالعنوان | | | | Postnummerالرمز البريدي | | Ort/postadressالمنطقة | |
| Telefonالهاتف | | | Epostالإيميل | | | | |
| Medsökande finns? هل يوجد متقدم ثاني للطلب ؟ | | | | | | | |
|  Ja نعم |  Nej لا | | | | | | |
| Förnamn الإسم | | Efternamnالكنية | | | | | Personnummerالرقم الشخصي |
| Har det skett några förändringar sedan din senaste ansökan?هل حدثت أي تغييرات منذ آخر طلب تقدمتَ به ؟ | | | | | | | |
| Har din situation förändrats på ett sätt som kan påverka din/er rätt till försörjningsstöd(ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)?هل تغيير وضعك بطريقة قد تؤثر على استحقاقك لمساعدة الإعالة ( على سبيل المثال : تغييرات في العلاقة الأسرية أو الإنتقال ) ؟ | | | | | | | |
|  Ja نعم |  Nej لا | | | | | | |
| Ange vad: أخبرنا ماذا : | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansökan avser الطلب يشير إلى | |  | |
| Kostnader التكاليف | Förfallodatum تاريخ التسديد | | Kronor كرونة |
| Boendekostnad تكاليف السكن |  | |  |
| El الكهرباء |  | |  |
| Fackföreningsavgift رسوم الإتحاد النقابي |  | |  |
| Arbetes/planeringsresor تكاليف رحلات العمل |  | |  |
| Barnomsorg رعاية الأطفال |  | |  |
| Hemförsäkring تأمين السكن |  | |  |
| Hyresgästförening اتحادات المستأجرين |  | |  |
| Bredband الإنترنيت |  | |  |
| A-kassa صندوق البطالة عن العمل |  | |  |
| Läkarvård (inom högkostnadsskydd) الرعاية الطبية | |  | |
| Avser vem i hushållet? إلى من تشير في نفقة العائلة ؟ | Datum التاريخ | | Kronor كرونة |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| Medicin (inom högkostnadsskydd) الدواء | | | |
| Avser vem i hushållet? إلى من تشير في نفقة العائلة ؟ | Datum التاريخ | | Kronor كرونة |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| Övrigt, ange vad أشياء أُخرى ، أخبرنا ماذا | | | Kronor كرونة |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inkomster (Sökande) دخل ( المتقدم بالطلب ) | | | |
| Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idagدخل المتقدم بالطلب في آخر ثلاثة أشهر اعتباراً من اليوم | | | |
| Typ av inkomstنوع الدخل | **Belopp och utbetalningsdag**المبلغ و موعد الدفع | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** |
| Lön efter skattالراتب بعد الضريبة |  |  |  |
| Bostadsbidragمساعدة السكن |  |  |  |
| Barnbidragنقدية (مساعدة ) الأطفال |  |  |  |
| Underhållsstödنفقة الزوجة / الزوج |  |  |  |
| Aktivitetsstödراتب دعم الأنشطة |  |  |  |
| Aktivitetsersättningتعويض الأنشطة |  |  |  |
| Sjukersättningتعويض المرض |  |  |  |
| Sjukpenningالنقدية المرضية |  |  |  |
| Studiebidrag CSNالمساعدة الدراسية |  |  |  |
| Pensionالتقاعد |  |  |  |
| A-kassaصندوق دعم البطالة |  |  |  |
| ALFA-kassaصندوق دعم البطالة |  |  |  |
| Föräldrapenningنقدية الوالدين |  |  |  |
| Etableringsersättningتعويض الترسيخ |  |  |  |
| Studielån CSNالقرض الدراسي |  |  |  |
| Vårdbidragبدل الرعاية |  |  |  |
| Efterlevandestödمساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة |  |  |  |
| Barnpensionتقاعد الطفل |  |  |  |
| Äldreförsörjningsstödدعم الإعالة لكبار السن |  |  |  |
| Bostadstilläggمساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ |  |  |  |
| Skatteåterbäringفائض الضريبة |  |  |  |
| Insättningar/överföringar,t. ex. Swishالتحويلات المالية |  |  |  |
| Övriga inkomsterدخولات أُخرى |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inkomster (Medsökande) دخل ( المتقدم الثاني بالطلب ) | | |  |
| Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idagدخل المتقدم بالطلب في آخر ثلاثة أشهر اعتباراً من اليوم | | |  |
| Typ av inkomstنوع الدخل | **Belopp och utbetalningsdag**المبلغ و موعد الدفع | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** |
| Lön efter skattالراتب بعد الضريبة |  |  |  |
| Bostadsbidragمساعدة السكن |  |  |  |
| Barnbidragنقدية (مساعدة ) الأطفال |  |  |  |
| Underhållsstödنفقة الزوجة / الزوج |  |  |  |
| Aktivitetsstödراتب دعم الأنشطة |  |  |  |
| Aktivitetsersättningتعويض الأنشطة |  |  |  |
| Sjukersättningتعويض المرض |  |  |  |
| Sjukpenningالنقدية المرضية |  |  |  |
| Studiebidrag CSNالمساعدة الدراسية |  |  |  |
| Pensionالتقاعد |  |  |  |
| A-kassaصندوق دعم البطالة |  |  |  |
| ALFA-kassaصندوق دعم البطالة |  |  |  |
| Föräldrapenningنقدية الوالدين |  |  |  |
| Etableringsersättningتعويض الترسيخ |  |  |  |
| Studielån CSNالقرض الدراسي |  |  |  |
| Vårdbidragبدل الرعاية |  |  |  |
| Efterlevandestödمساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة |  |  |  |
| Barnpensionتقاعد الطفل |  |  |  |
| Äldreförsörjningsstödدعم الإعالة لكبار السن |  |  |  |
| Bostadstilläggمساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ |  |  |  |
| Skatteåterbäringفائض الضريبة |  |  |  |
| Insättningar/överföringar,t. ex. Swishالتحويلات المالية |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Försörjningsstöd från annan kommun دعم الإعالة من بلدية أُخرى | | | |
|  Ja نعم |  Nej لا | | |
| Om Ja: Beräkningsperiod إذا كانت الإجابة نعم : الفترة المحسوبة | | | |
| Från: اعتباراً من | | Till: إلى | |
| Eventuella upplysningar du/ni vill lämna **معلومات حالية تريد تسليمها** | | | |
|  | | | |
| طلب موافقةأنا أوافق على أن يتم الإتصال بالأطراف المهتمة فيما يتعلق بالنفقات التي تقدمت بطلبها حتى يتم التحقيق في طلبي .أنا أوافق أيضاً على أن جميع الدخل الذي أحصل عليه من السلطات الأخرى و أًصحاب العمل يمكن أن تُأخذ بعين الإعتبار في الحسابات إذا لم يتم ذكرها في الطلب . | | | |
| حدد ما إذا كنت تريد إعطاء الموافقة على أن قسم دعم الإعالة يمكنه التواصل بأنشطتك الأُخرى ، على سبيل المثال قسم آخر من أقسام الخدمات الاجتماعية ، مكتب العمل أو أقسام مشابهة .يمكنك في أي سحب الموافقة . | | | |
| **Ange undantag från samtycke حدد استثناء للموافقة** | | | |
|  | | | |
| أنا أؤكد أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة . أنا أعد أن أُبلغ على الفور الخدمات الاجتماعية – قسم دعم الإعالة إذا حدث أي تغيير في المعلومات . أنا على إدراك حول عقوبة تقديم معلومات غير صحيحة و أن ذلك قد يؤدي إلى تقديم بلاغ للشرطة إذا كان هناك اشتباه بجريمة المساعدات و أيضاً اعُتبر مدان بتسديد المساعدات المالية التي تم دفعُها على أساس معلومات غير صحيحة أو كاملة. | | | |
| Datum: التاريخ | | | |
| Underskrift sökande توقيع المتقدم بالطلب | | | Underskrift medsökande توقيع المتقدم الثاني بالطلب |
|  | | |  |