

Nyansökan ekonomiskt bistånd

Alla fält **måste** vara ifyllda för att ansökan ska vara komplett. Om du exempelvis inte har någon inkomst måste alla fält vara ifyllda med 0kr.

Gifta och sammanboende har ömsesidig underhållsskyldighet och ska ansöka om ekonomiskt bistånd gemensamt. Uppgifter gällande båda lämnas därför på blanketten.

De personuppgifter som lämnas på denna blankett kommer att registreras i socialtjänstens datasystem och användas i utredningen av din/er rätt till ekonomiskt bistånd.

Vill du/ni ha information om hur dina/era personuppgifter används kan du/ni kontakta socialtjänsten.

Ansökan avser månad:

Handläggare:

Personuppgifter sökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort/postadress

Telefon

Epost

Civilstånd Gift/registrerat partnerskap Sambo Ensamboende**Medsökande finns?** Ja Nej

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Medborgarskap sökande Svensk medborgare Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd

Från:

Till:

Beslutsklass

 Utländsk medborgare med tillfälligt uppehållstillstånd

Från:

Till:

Beslutsklass

Medborgarskap medsökande

<input type="checkbox"/>	Svensk medborgare			
<input type="checkbox"/>	Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd	Från:	Till:	Beslutsklass
<input type="checkbox"/>	Utländsk medborgare med tillfälligt uppehållstillstånd	Från:	Till:	Beslutsklass

Det finns barn under 18 år eller skolungdomar i hushållet

Ja Nej

Barnets personnummer	Förnamn	Efternamn	Barnet går gymnasium eller motsvarande	Barnet går förskola /skola	Antal dagar i perioden som barnet är boende i hushållet
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kontoinformation

Sökande:

Bankens namn	Antal konton
--------------	--------------

Medsökande:

Bankens namn	Antal konton
--------------	--------------

Har du/ni ansökt om underhållsstöd?

<input type="checkbox"/> Ja När:	<input type="checkbox"/> Nej Varför?
-------------------------------------	-----------------------------------------

Bostad

Typ av bostad

Egen hyreslägenhet med kontrakt

Sedan när:

Hyresvärd:

Egen bostadsrätt

Andrahandskontrakt

Inneboende hos släkt

Bor hos föräldrarna

Inneboende hos annan

Egen fastighet

På annat sätt:

Totalt antal personer boende i bostaden?

Antal rum i boendet

Vem står för kontraktet

Total månadskostnad för boendet

Har du/ni ansökt om bostadsbidrag?

Ja

Nej

När:

Varför?

Ansökan avser

Kostnader	Förfallodatum	Kronor
Boendekostnad		
El		
Fackföreningsavgift		
Arbets/planeringsresor		
Barnomsorg		
Hemförsäkring		
Hyresgästförening		
Bredband		
Akassa		

Läkarvård (inom högkostnadsskydd)

Avser vem i hushållet?	Datum	Kronor

Medicin (inom högkostnadsskydd)			
Avser vem i hushållet?		Datum	Kronor
Övrigt		Ange vad	Kronor
Har du arbetat det senaste året?			
Sökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Medsökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Datum för ansökan om A-kassa/ALFA-kassa		När fattades beslut om ersättning?	
Om du inte kan få A-kassa/ALFA-kassa, ange varför:			
Redogör för din planering: (ex. arbete, studier eller dylikt)			
Ange vad:			
Inkomster (Sökande)			
Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag			
Typ av inkomst	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag
Lön efter skatt			
Bostadsbidrag			
Barnbidrag			
Underhållsstöd			
Aktivitetsstöd			
Aktivitetsersättning			
Sjukersättning			
Sjukpenning			
Studiebidrag CSN			
Pension			
A-kassa			
ALFA-kassa			
Föräldrapenning			
Etableringsersättning			

Studielån CSN			
Vårdbidrag			
Efterlevandestöd			
Barnpension			
Äldreförsörjningsstöd			
Bostadstillägg			
Skatteåterbäring			
Insättningar/överföringar, t.ex. Swish			
Övriga inkomster			

Inkomster (Medsökande)

Inkomster för medsökande de tre senaste månaderna från idag

Typ av inkomst	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag
Lön efter skatt			
Bostadsbidrag			
Barnbidrag			
Underhållsstöd			
Aktivitetsstöd			
Aktivitetsersättning			
Sjukersättning			
Sjukpenning			
Studiebidrag CSN			
Pension			
A-kassa			
Alfa-kassa			
Föräldrapenning			
Etableringsersättning			
Studielån CSN			
Vårdbidrag			
Efterlevandestöd			
Barnpension			
Bostadstillägg			
Skatteåterbäring			
Insättningar/överföringar, tex Swish			
Övriga inkomster			

Försörjningsstöd från annan kommun

Ja Nej

Om Ja: Beräkningsperiod

Från:

Till:

Har någon i hushållet utmätning hos kronofogden Ja Nej**Hushållets utgifter****De tre senaste månaderna i Sverige och/eller utlandet**

Typ av utgift	Belopp och förfalldatum	Belopp och förfalldatum	Belopp och förfalldatum
Boendekostnad			
Ei			
Fackföreningsavgift			
Arbets-/planeringsresor			
Barnomsorg			
Hemförsäkring			
Hyresgästförening			
Bredband			
A-kassa			
Receptbelagd Medicin	Avser vem	Datum	Kronor
Medicin 1			
Medicin 2			
Medicin 3			
Läkarvård (inom högkostnadsskydd)	Avser vem	Datum	Kronor
Läkarvård 1			
Läkarvård 2			
Läkarvård 3			
Övrigt			
Ange vad:			
Ange vad:			
Övriga upplysningar om utgifter:			

Ekonomiska tillgångar

Har någon i hushållet följande

Bankmedel, aktier, obligation, fonder, kontanter

Ja Nej

Ange vad

Värde

Bil

Ja Nej

Registreringsnummer

Inköpsår

Inköpspris

Båt, MC, husvagn, moped

Ja Nej

Ange vilket

Registreringsnummer

Inköpsdatum

Inköpspris

Värde

Bostadsrätt, villa, fastighet, fritidshus

Ja Nej

Registreringsnummer

Inköpsår

Inköpspris

Konst, smycken eller andra realiserbara tillgångar

Ja Nej

Ange vad

Värde

Företag

Ja Nej

Företagets namn

Tillgångar i företaget

Eventuella upplysningar du/ni vill lämna

Samtycke

Jag samtycker till att kontakt tas med berörda parter avseende de utgifter som jag ansökt om för att min ansökan ska kunna utredas.

Jag samtycker även till att inkomster från andra myndigheter och arbetsgivare kan tas med i beräkningen om de inte angetts på ansökan

Ange om du vill lämna samtycke till att Försörjningsstöd kontaktar annan verksamhet, till exempel annan del av socialtjänsten, frivården, arbetsförmedlingen eller dylikt. Du kan när som helst dra tillbaka samtycket.

Ange undantag från samtycke

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag lovar att omgående meddela Socialtjänst – försörjningsstöd om uppgifterna förändras. Jag är medveten om att det är straffbart att lämna oriktiga uppgifter och att det kan leda till polisanmälan om misstänkt bidragsbrott samt skyldighet att återbetala det ekonomiska bistånd som har utbetalats utifrån oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Datum:

Underskrift sökande

Underskrift medsökande