Förstagångsansökan 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  |
|  | Svensk medborgare |
|  | Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd | Från:  | Till: | Beslutsklass  |
|  | 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  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
| Kontoinformation  |
| Sökande:  |
| Bankens namn  | Antal konton  |
| Medsökande:  |
| Bankens namn  | Antal konton  |
| Har du/ni ansökt om underhållsstöd?  |
|  | Ja |  | Nej |
|  | När: |  | Varför? |

|  |
| --- |
| Bostad  |
| Typ av bostad |
|  | Egen hyreslägenhet med kontraktSedan 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 s**e**naste året?  |
| Sökande  | Medsökande  |
|  Ja  |  Nej |  Ja  |  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 förfallodatum**  | **Belopp och förfallodatum**  | **Belopp och förfallodatum**  |
| Boendekostnad  |   |   |   |
| El  |   |   |   |
| 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 |
|  |  |