



Ankomstdatum / Aktbilagenr.

Ansökan om EKONOMISKT BISTÅND

Återansökan

Visat legitimation

Sökande

Medsökande

Handläggare:.....

Ansökan avser:

<input type="checkbox"/> Ekonomiskt bistånd enligt riksnorm	Månad:
<input type="checkbox"/> Övrigt, ange vad	

1. PERSONUPPGIFTER

Sökandes efternamn och förnamn		Personnummer	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående
Medsökandes efternamn och förnamn		Personnummer	
Adress		Telefonnummer Hem/ Mobil	
Postnummer	Postadress	Antal personer i bostaden	
Hemmavarande barn		Personnummer	
Umgängesbarn (skall styrkas med intyg)		Personnummer	Period

2. SYSSELSÄTTNING

Sökande:	Medsökande:
<input type="checkbox"/> Arbete fr.o.m – t.o.m	<input type="checkbox"/> Arbete fr.o.m – t.o.m
Arbetsgivare:	Arbetsgivare:
<input type="checkbox"/> Arbetssökande (sökta jobb skall redovisas)	<input type="checkbox"/> Arbetssökande (sökta jobb skall redovisas)
Senaste kontakt med Arbetsförmedlingen:	Senaste kontakt med Arbetsförmedlingen:
<input type="checkbox"/> Skola/ praktik (närvarorapport skall redovisas) fr.o.m – t.o.m	<input type="checkbox"/> Skola/ praktik (närvarorapport skall redovisas) fr.o.m – t.o.m
<input type="checkbox"/> Sjukskriven (skall styrkas med sjukintyg) fr.o.m – t.o.m	<input type="checkbox"/> Sjukskriven (skall styrkas med sjukintyg) fr.o.m – t.o.m
<input type="checkbox"/> Föräldraledig fr.o.m – t.o.m	<input type="checkbox"/> Föräldraledig fr.o.m – t.o.m
<input type="checkbox"/> Pension/Sjukersättning/Aktivitetsersättning/Annat fr.o.m – t.o.m	<input type="checkbox"/> Pension/ Sjukersättning/Aktivitetsersättning/Annat fr.o.m – t.o.m

3. INKOMSTER / TILLGÅNGAR Sökande Medsökande

Belopp efter skatt. Alla inkomster skall styrkas med specifikation vid förändring.	Summa	Datum	Summa	Datum	Handl ant.
A-kassa/Alfa-kassa					
Aktivitetsstöd					
Bostadsbidrag					
Barnbidrag/ Studiebjudrag					
Föräldrapenning					
Hemmavarande barns inkomst					
Lön					
Pension / Sjukersättning / Aktivitetsersättning					
Sjukpenning					
Studiemedel (bidrag och lån)					
Underhållsstöd					
Andra inkomster (t ex skatteåterbäring, avgångsvederlag)					
Tillgångar (t ex insättningar på bankkonton, aktier)					
Övrigt					
Bil	Märke:	Årgång:	Värde:	Inköpt när:	

Där ingen inkomst i ovanstående rubriker uppges, avses 0 kronor (inkomst saknas) Ja

4. UTGIFTER Jag/Vi vill att följande utgifter skall godkännas i beräkningen.

Alla utgifter skall styrkas med underlag vid förändring.	Sökande Summa	Medsökande Summa	Förfalldatum	Handl ant.
Barnomsorg				
Boendekostnad (utan avgift för parkering och Hgf-avgift)				
Ei				
Hemförsäkring				
Fackföreningsavgift och A-kassa				
Lokala resor / Arbetsresor				
Läkarvård (Inom högkostnadsskyddet)				
Medicinkostnader (Endast receptbelagd medicin som ingår högkostnadsskyddet)				
Övrigt:				

5. ÖVRIGT Information som har betydelse för beslutet.

--

6. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag intygar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och att jag omedelbart meddelar Social- och arbetsmarknadsförvaltningen förändringar i uppgifter som lämnats på denna blankett. Jag har blivit upplyst om att oriktiga uppgifter kan leda till åtal för bedrägeri samt medföra återbetalningsskyldighet av de belopp som erhållits med stöd av oriktiga eller ofullständiga uppgifter. Om jag erhåller ersättning retroaktivt från Försäkringskassa, A-kassa, Alfa-kassa, arbetsgivare eller dylikt är jag återbetalningsskyldig för eventuellt utgivet försörjningsstöd.

Jag godkänner att kontroller kan göras hos Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Bilregistret, CSN, A-kassa, Alfa-kassa, Skattemyndighet, Kronofogden, Komvux samt annan Socialtjänst.

Jag är medveten om att mina uppgifter kommer att dokumenteras i Social- och arbetsmarknadsförvaltningens datasystem.

Ort och datum.....

.....
Sökandes namnteckning

.....
Medsökandes namnteckning