



## Vård- och omsorgsförvaltningen

### ANSÖKAN OM **JÄMKNING** PÅ GRUND AV DUBBLA BOENDEKOSTNADER I SAMBAND MED FLYTT TILL SÄRSKILT BOENDE

Skicka ifylld ansökan till angiven adress. **Bifoga kopia på hyresavier för respektive bostad.**

Ansökan ska skickas till avgiftsenheten efter att inflyttning har skett samt inom tre månader från inflyttningsdagen. Jämkning kan inte göras retroaktivt. Därför är det viktigt att ansöka så snart som möjligt. Ansökan gäller från och med den månad den inkommer till avgiftsenheten.

#### Information

Ensamstående som flyttar till särskilt boende kan ansöka om jämkning på grund av dubbla boendekostnader. Det gäller även den som är sammanboende och som har för avsikt att sälja gemensamt ägd bostad i samband med flytt. Villkoret är att brukaren får ett underskott av inkomst på grund av dubbla boendekostnader och att hyresrätt har sagts upp alternativt att bostadsrätt eller hus ska säljas. Boendekostnaderna betalas av den enskilde. Jämkning kan beviljas tre månader som längst, dock inte längre än tills dess att hyresrätt hyrts ut till annan hyresgäst eller tills dess bostadsrätt eller eget hus är sålt. Beviljad jämkning regleras genom kreditering av omvårdnadsavgift och matkostnad.

#### Personuppgifter

Efternamn \_\_\_\_\_ Förnamn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Gatuadress \_\_\_\_\_ Postnummer och ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

#### Annan postmottagare

Efternamn \_\_\_\_\_ Förnamn \_\_\_\_\_

Gatuadress \_\_\_\_\_

Postnummer och ort \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Var god fyll i uppgifterna på nästa sida!**

### Sammanställning av inkomster och utgifter

Inkomster/månad

Nettoinkomst (= efter skatt)

Bostadstillägg

Summa

Belopp

+ \_\_\_\_\_

+ \_\_\_\_\_

= \_\_\_\_\_

### Utgifter boendekostnad/månad

Hyra - särskilt boende

Hyra/avgift/boendekostnad - bostad som lämnas

Ovanstående bostad som lämnas avser:

Hyresrätt    Bostadsrätt    Eget hus

Ansökan avser jämkning \_\_\_\_\_ månader

### Övriga uppgifter av vikt för ansökan

---

---

---

### Jag intygar att lämnade uppgifter är riktiga

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

### Behjälplig med ansökan

Namn \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

God man

Anhörig

Annan \_\_\_\_\_

*Sänd ansökan till: Vård- och omsorgsförvaltningen, Avgiftsenheten, 431 82 Mölndal*

Besöksadress: Göteborgsvägen 7 - Besök avtalas med avgiftshandläggare  
Telefon: 031-315 25 80