

Postadress: Box 14, 782 21 MALUNG
Besöksadress: Moravägen 4, 782 30 MALUNG
Telefon: 0280-188 17
Fax: 0280-183 21
www.malung-salen.se

Kommunens anteckningar

<p>Till vad söker du ekonomiskt bistånd?</p> <p><input type="checkbox"/> Försörjningsstöd enligt norm _____ (ange vilken månad du/ni söker för)</p>	<p><input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad du söker till)</p>
--	---

1. PERSONUPPGIFTER

<input type="checkbox"/> Ensamstående		<input type="checkbox"/> Sammanboende/gift/registrerat partnerskap	
Sökandes namn		Personnummer	
Arbets- och uppehållstillstånd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Medborgarskap	
Medsökandes namn		Personnummer	
Arbets- och uppehållstillstånd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Medborgarskap	
Bostadsadress	Postnummer	Postadress	Telefonnummer

HEMMAVARANDE BARN

Namn	Personnummer	Namn	Personnummer

2. BOSTAD Kom ihåg att bifoga hyreskontrakt med ansökan!

<input type="checkbox"/> Bor i egen hyreslägenhet	Bostadens storlek: _____ rum och kök
<input type="checkbox"/> Bor i egen bostadsrättslägenhet	Antal personer i bostaden:
<input type="checkbox"/> Bor i egen villa	Ingår hushållsel i hyran: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Bor i andra hand	Hyresvärd:
<input type="checkbox"/> Bor hos föräldrarna	Om du inte har eget kontrakt, vem står för kontraktet:
<input type="checkbox"/> Bor inneboende	
Har du inneboende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

3. OM DU ARBETAR, STUDERAR ELLER HAR EGET FÖRETAG

	Sökande	Medsökande
Har du inregistrerad firma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Arbetsplats/skola		
När började du där?		
När får du nästa lön/ersättning?		

4. OM DU ÄR ARBETSLÖS *Glöm inte bifoga planeringen med din ansökan!*

	Sökande	Medsökande
Senaste arbete/skola		
När slutade du där?		
Är du medlem i A-kassa/ALFA-kassan?	<input type="checkbox"/> Ja vilken? <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja vilken? <input type="checkbox"/> Nej
Har du sökt A-kassa/ALFA-kassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? _____
När sker nästa utbetalning?		
Senaste kontakt med Arbetsförmedlingen?	Ange datum:	Ange datum:
Finns planering?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

5. OM DU ÄR SJUK *Glöm inte bifoga eventuellt läkarintyg med din ansökan!*

	Sökande	Medsökande
Är du sjukskriven?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Här anger du datum om du är sjukskriven:	Fr.o.m.–t.o.m:	Fr.o.m.–t.o.m:
Har du kontakt med någon handläggare på Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

6. OM DU HAR SJUKERSÄTTNING/AKTIVITETSERSÄTTNING/PENSION

Ange utbetalare	Sökande	Medsökande
Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annan utbetalare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilken: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilken: _____
Annat land?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilket: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilket: _____

7. OM DU HAR BARN

	Sökande	Medsökande
Är du föräldraledig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när: _____
Har du sökt barnomsorg?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? _____

8. INKOMSTER PER MÅNAD EFTER SKATT *Glöm inte bifoga verifikationer på ALLA uppgifter.*

	Sökande		Medsökande	
	Nuvarande månad	Föregående månad	Nuvarande månad	Föregående månad
Lön/arvode				
A-kassa/ALFA-kassa				
Aktivitetsstöd/utvecklingsersättning				
Studiemedel				
Etableringsersättning				
Sjuk-/föräldra-/havandeskapspenning				
Sjukersättning/aktivitetsersättning/pension				
Barnbidrag				
Studiebidrag				
Bostadsbidrag				
Underhållsstöd/ efterlevandestöd				
Hemmavarande barns inkomst				
Övriga inkomster*				

* Här anger du alla övriga inkomster t.ex. livränta, AFA-ersättning, annan pension, kapitalinkomst, skatteåterbäring, hyresinkomst, pension/inkomster från annat land, familjehemsarvode, starta eget bidrag.

9. UTGIFTER PER MÅNAD *Glöm inte bifoga verifikationer och kvitton på ALLA uppgifter!*

	Sökande		Medsökande	
	Nuvarande månad	Föregående månad	Nuvarande månad	Föregående månad
Bostadskostnad				
Elkostnad				
Hemförsäkringsavgift				
Barnomsorgsavgift				
Hemtjänstavgift				
Avgift fackförening/A-kassa				
Tandvårdskostnad				
Sjukvårdskostnad				
Egenavgift medicin				
Arbetsresor/sjukresor				
Umgängesresor				
Umgängeskostnad: Födelseår och månad på barn				
Antal dagar/månad barnet vistas hos dig				
Övrigt ange vad				

10. FAMILJENS SAMLADE TILGÅNGAR

Bankmedel	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Belopp:		
Aktier/obligationer/fonder	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Värde:		
Fordon	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Märke:	Årsmode	Värde:
			Märke:	Årsmode	Värde:
			Märke:	Årsmode	Värde:
Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Taxeringsvärde:		
Fastighet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Taxeringsvärde:		
Fritidshus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Taxeringsvärde:		
Annat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vad:		Värde:

11. ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

12. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag/ vi intygar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att jag/vi så länge som jag/vi erhåller ekonomiskt bistånd meddelar kommunen förändringar i de uppgifter som lämnats på denna blankett.

Jag/vi godkänner att kontroller görs hos:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> CSN | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen |
| <input type="checkbox"/> Pensionsmyndigheten | <input type="checkbox"/> Migrationsverket | <input type="checkbox"/> Skatteverket |
| <input type="checkbox"/> Elbolag | <input type="checkbox"/> Bilregistret | <input type="checkbox"/> Hyresvärd |
| <input type="checkbox"/> ALFA-kassan | <input type="checkbox"/> Arbetslöshetskassan | <input type="checkbox"/> Vuxenutbildning och arbetsmarknadsförvaltning |
| <input type="checkbox"/> Kronofogdemyndigheten | <input type="checkbox"/> Handläggare inom socialtjänst | |

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan leda till åtal för bidragsbrott samt medföra återbetalningsskyldighet av belopp som erhållits med stöd av oriktiga eller ofullständiga uppgifter. Vi är skyldiga att anmäla till polisen/åklagarmyndigheten om det kan misstänkas att brott enligt denna lag har begåtts.

Din/er ansökan och utredning registreras i ett dataregister som du/ni har rätt att ta del av uppgifterna ur.

Datum	Sökandes namnteckning	Medsökandes namnteckning