



Socialförvaltningen
Individ- och familjeomsorgen

Handläggare	Ansökan avser månad
-------------	---------------------

Personuppgifter

Sökandes förnamn och efternamn	Personnummer	Sammanboende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Särbo <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild		
Medsökandes förnamn och efternamn	Personnummer	Sammanboende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Särbo <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild		

Uppgifter om barn i hushållet

Barnets förnamn och efternamn	Personnummer	Stadigvarande boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej antal dagar:
Barnets förnamn och efternamn	Personnummer	Stadigvarande boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej antal dagar:
Barnets förnamn och efternamn	Personnummer	Stadigvarande boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej antal dagar:
Barnets förnamn och efternamn	Personnummer	Stadigvarande boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej antal dagar:
Barnets förnamn och efternamn	Personnummer	Stadigvarande boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej antal dagar:
Barnets förnamn och efternamn	Personnummer	Stadigvarande boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej antal dagar:

Bostad (bifoga hyresavi samt underlag på betalad hyra)

<input type="checkbox"/> Hyreslägenhet <input type="checkbox"/> Inneboende <input type="checkbox"/> Andrahand <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Egen fastighet <input type="checkbox"/> Bostadslös <input type="checkbox"/> Annat			
Bostadsadress, postnummer och postadress			
Telefonnummer och e-postadress			
Antal rum	Antal boende i bostaden	Månadshyra	Har du sökt bostadsbidrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hyresvärd	Hyrs någon del av din bostad ut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Inkomst av uthyrningen

Sysselsättning (bifoga underlag som styrker din sysselsättning)

<p>Sökande</p> <input type="checkbox"/> Etableringsersättning <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/> Kommunservice <input type="checkbox"/> Arbetar heltid <input type="checkbox"/> Arbetar deltid <input type="checkbox"/> Annat, vad: <input type="checkbox"/> SFI	<p>Medsökande</p> <input type="checkbox"/> Etableringsersättning <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/> Kommunservice <input type="checkbox"/> Arbetar heltid <input type="checkbox"/> Arbetar deltid <input type="checkbox"/> Annat, vad: <input type="checkbox"/> SFI
--	---

Inkomster (bifoga underlag som styrker inkomsterna)

	Sökande (belopp)	Medsökande (belopp)		Sökande (belopp)	Medsökande (belopp)
<input type="checkbox"/> A-kassa/Alfa-kassa			<input type="checkbox"/> Föräldrapenning		
<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning			<input type="checkbox"/> Lön		
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd			<input type="checkbox"/> Pension		
<input type="checkbox"/> Barnbidrag			<input type="checkbox"/> Äldreförsörjningsstöd		
<input type="checkbox"/> Bostadsbidrag			<input type="checkbox"/> Sjukpenning		
<input type="checkbox"/> Bostadstillägg			<input type="checkbox"/> Sjukersättning		
<input type="checkbox"/> CSN			<input type="checkbox"/> Underhållsstöd		
<input type="checkbox"/> Etableringsersättning			<input type="checkbox"/> Övriga inkomster		

Jag/vi vill ansöka om (bifoga underlag som styrker kostnaderna)

<input type="checkbox"/> Hyra	<input type="checkbox"/> Barnomsorgsavgift
<input type="checkbox"/> Hushållsel	<input type="checkbox"/> Läkarevårdskostnad
<input type="checkbox"/> Hemförsäkring	<input type="checkbox"/> Medicinkostnad
<input type="checkbox"/> Fackföreningsavgift / a-kassa	<input type="checkbox"/> Avgift hemtjänst
<input type="checkbox"/> Arbetsresor	<input type="checkbox"/> Avgift färdtjänst
<input type="checkbox"/> Annat (ange vad och kostnad, bifoga underlag)	

Tillgångar (uppgi belopp/värde)

<input type="checkbox"/> Saknas	Sparade bankmedel	Bostadsrätt/fastighet	Bil/MC/Båt/Husvagn etc
	Aktier/fonder/obligationer	Företag	Övrigt

Socialtjänsten har enligt lag rätt att inhämta vissa uppgifter från andra myndigheter. Det gäller CSN, Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Arbetsförmedlingen, Skatteverket och arbetslöshetskassorna.

Jag/vi lämnar medgivande till att socialtjänsten för att kunna utreda detta ärende, utan hinder av sekretess, inhämtar de uppgifter som behövs för att kunna ta ställning till inkomsten ansökan.

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och jag/vi förbinder mig att anmäla förändringar av dem.

Datum	Sökandes underskrift	Datum	Medsökandes underskrift
-------	----------------------	-------	-------------------------