

Ansökan om ekonomiskt bistånd

SOCIALTJÄNSTEN
IFO/Ekonomiskt bistånd
953 85 HAPARANDA
Tfn 0922-260 00 vx

| | |
|----------------|--------|
| Besök/ankomst: | Kl: |
| Handläggare: | |
| Ansökan avser: | |
| År: | Månad: |

| |
|----------------------------------|
| Inkommit kompletteringar. Datum: |
|----------------------------------|

PERSONUPPGIFTER

| | | |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Personnummer</u> | <u>Sökandes för- och efternamn</u> | Civilstånd |
| | | <input type="checkbox"/> Ensamstående |
| <u>Personnummer</u> | <u>Medsökandes för- och efternamn</u> | <input type="checkbox"/> Gift |
| | | <input type="checkbox"/> Sambo |

HEMMABOENDE BARN

| Personnummer | För- och efternamn | Antal dagar barnet bor i hushållet |
|--------------|--------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar |
| | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar |
| | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar |
| | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar |
| | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar |
| | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar |

Har du barnbidrag för de barn som bor hos dig? Ja Nej
 Har du underhållsstöd för de barn som bor hos dig? Ja Nej
 Har du underhållsbidrag för de barn som bor hos dig? Ja Nej

BOSTAD

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| Adress: | Postnr: | Ort: |
| Tele: | E-postadress: | |
| <input type="checkbox"/> Hyreslägenhet, eget kontrakt | <input type="checkbox"/> Egen fastighet | <input type="checkbox"/> Inneboende |
| <input type="checkbox"/> Lägenhet i andra hand | <input type="checkbox"/> Bostadsrättslägenhet | <input type="checkbox"/> Annat boende |
| Antal rum: | Antal personer i bostaden: | Vuxna: Barn: |
| Kontraktsinnehavare (namn/personnr) <i>Bifoga kontrakt</i> | | Hyresvärdens namn och telefonnr |
| | | |

| | |
|---|--|
| Har du ansökt eller innehar du bostadsbidrag? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du någon inneboende hos dig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Namn: |

SYSSELSÄTTNING

| | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|
| Sökande | | Medsökande | | |
| <input type="checkbox"/> Sjukskriven | | Sjukskriven | | Bifoga läkarintyg |
| Fr.o.m | T.o.m | Fr.o.m | T.o.m | |
| <input type="checkbox"/> Studerande | | <input type="checkbox"/> Studerande | | Bifoga beslut från CSN. |
| CSN | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | CSN | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| <input type="checkbox"/> SFI | | <input type="checkbox"/> SFI | | Bifoga närvarorapport |
| <input type="checkbox"/> Pensionär | | <input type="checkbox"/> Pensionär | | Bifoga underlag från FK |
| <input type="checkbox"/> Föräldraledig | | <input type="checkbox"/> Föräldraledig | | Bifoga underlag från FK |
| <input type="checkbox"/> Arbetar | | <input type="checkbox"/> Arbetar | | Bifoga anställningsbevis |
| <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Behov | | <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Behov | | |
| <input type="checkbox"/> Arbetssökande | | <input type="checkbox"/> Arbetssökande | | Fyll i nedan |
| Arbetssökande | | | | |
| | | Sökande | Medsökande | |
| Handläggare på arbetsförmedlingen: | | | | |
| Är du medlem i någon a-kassa/ALFA | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Vilken: | | | | |
| Har du rätt till ersättning från A-kassa | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Deltar du i någon praktik? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| <i>Bifoga närvarorapport</i> | | Var: | Var: | |
| När anmälde du dig på Arbetsförmedlingen? | | Datum: | Datum: | |
| Senaste besök på arbetsförmedlingen? | | Datum: | Datum: | |

SÖKTA ARBETEN

| Sökande | | | | |
|----------------|-----------------|---------------|--------------------------|------|
| Datum | Arbetsplats/ort | Typ av arbete | Pratat med/Kontaktperson | Svar |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Medsökande | | | | |
|-------------------|-----------------|---------------|--------------------------|------|
| Datum | Arbetsplats/ort | Typ av arbete | Pratat med/Kontaktperson | Svar |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FÖRETAG

Är någon i familjen delaktig i eller äger ett företag? *Bifoga underlag som styrker detta.*

NEJ JA Vilket:

INKOMSTER

För nya sökande ska inkomster 3 månader tillbaka redovisas

Bifoga underlag på dina inkomster **Kontoutdrag skall alltid bifogas**

Har du/ni några inkomster NEJ JA Fyll i nedan

Sökande

MEDSÖKANDE

Denna månad. 1 mån tillbaka. 2 mån tillbaka

Denna månad. 1 mån tillbaka. 2 mån tillbaka

Nettolön

A-kassa/ALFA-kassa

Aktivitetsstöd

Vårdbidrag, skattepliktig del

Sjukpenning

Pension/sjukersättning

Barnpension

Utländsk pension

Barnbidrag/studiebidrag

Underhållsstöd

Föräldrapenning

Studiemedel/studielån

Bostadsbidrag/bostadstillägg

Annan inkomst

(ex spelvinst, gåva, insättning på bankkonto)

Väntar du/ni någon ny inkomst inom närmaste 30 dagar JA NEJ

TILLGÅNGAR - sökandes och medsökandes

Har du/ni några tillgångar NEJ JA Fyll i nedan

Tillgångar i Sverige eller annat land som ägs av familjemedlemmarna.

Lämna med kopior på handlingar som visar värdet

| | | | |
|----------------------------|----------------|-----------------|-------------|
| Kontanter, ICA-kort etc | Belopp | | |
| Bankmedel/fonder | Belopp | | |
| Aktier/obligationer | Belopp | | |
| Barns tillgångar | Belopp | | |
| Pensionsförsäkring | Belopp | | |
| Fastighet/bostadsrätt | Taxeringsvärde | | Inköpsår |
| Bil, MC, EU-moped | Värde | Reg.nr | Inköpsdatum |
| Båt, husvagn, släp, skoter | Värde | Märke/årsmodell | Inköpsdatum |
| Gåva | Ange vad | Värde | |
| Annat | Ange vad | Värde | |

UTGIFTER Bifoga underlag

| | Belopp | Förfallodag | | Belopp | Förfallodag |
|--|--------|-------------|--|--------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Hyra | | | <input type="checkbox"/> Läkarvård | | |
| <input type="checkbox"/> EI | | | <input type="checkbox"/> Medicin, receptbelagd | | |
| <input type="checkbox"/> Hemförsäkring | | | <input type="checkbox"/> Egenavgift resor | | |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Fackföreningsavgift | | |

SKULDER

Har du/ni skulder hos inkassobolag eller kronofogden? Ja Nej

Införsel på lönen? Ja Nej

Anledning till ansökan Beskriv med egna ord

Övriga upplysningar

Jag samtycker till att socialtjänsten tar kontakt med

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen | <input type="checkbox"/> Alfa-/A-kassa | <input type="checkbox"/> Sjukvården | <input type="checkbox"/> Hyresvärd |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> CSN | <input type="checkbox"/> Annan socialnämnd | <input type="checkbox"/> Elleverantör |
| <input type="checkbox"/> Fordonsregistret | <input type="checkbox"/> Skatteverket | <input type="checkbox"/> Kronofogden | <input type="checkbox"/> Anhörig |
| <input type="checkbox"/> Annan | | | Vem: |

OBS! Om samtycke saknas kan det resultera i att din ansökan avslås då nödvändig utredning inte kan göras

Bankkontonummer

| | |
|-------------------------------------|------------------------|
| Kontonummer inklusive clearinnummer | Kontoinnehavarens namn |
|-------------------------------------|------------------------|

Om ni har fått ekonomiskt bistånd genom att lämna oriktiga, vilseledande uppgifter eller underlåter att lämna uppgifter kan ni bli återbetalningsskyldig samt åtalas för bedrägeri.

För att din ansökan ska kunna behandlas måste den vara fullständigt ifylld och underskriven.

Nödvändiga handlingar måste tas med vid besök.

Kontoutdrag ska alltid bifogas.

Försäkran och underskrift

| | |
|--|-------------------------|
| Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i ansökan är korrekta och sanningsenliga samt förbinder mig att till socialnämnden omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min rätt till ekonomiskt bistånd. | |
| Ort | Namnteckning sökande |
| Datum | Namnteckning medsökande |