



## Ansökan om ekonomiskt bistånd

SOCIALTJÄNSTEN  
IFO/Ökonomiskt 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>	<b>Civilstånd</b>
		<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

<b>Sökande</b>		<b>Medsökande</b>		
<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
<b>Arbetssökande</b>				
		<b>Sökande</b>	<b>Medsökande</b>	
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	
Bifoga närvarorapport		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:



**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