



**Socialkontoret**  
**196 81 KUNGSÄNGEN**  
**Tel: 08-581 690 00**

Ankomstämpel

## Nyansökan om ekonomiskt bistånd

Inlämnade uppgifter databehandlas enligt Personuppgiftslagen (PuL). För information och rättelse i registret vänder man sig till mottagaren av blanketten

Aktualiseringsnummer

(Fylls i av Kontaktcenter)

\_\_\_\_\_  
Signatur Kontaktcentermedarb.

Fylls i av Kontaktcenter

Id Kk Pass Känd Kundnr

**ANSÖKAN SKA LÄMNAS IN PERSONLIGEN I RECEPTIONEN MED UPPLISAD LEGITIMATION.**

Besöksadress: Furuhällsplan 1

Ansökan avser år - månad	Handläggare:	Ankomstdatum:	ifylls av socialtjänsten
--------------------------	--------------	---------------	--------------------------

### 1. Personuppgifter

Sökanden: efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Nationalitet*
Medsökande: efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Nationalitet*
Civilstånd, sökande <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> partnerskap <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> änka/änkling	Civilstånd medsökande <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> partnerskap <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> ogift	
Hemmavarande barn, efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Nationalitet*
Umgängesbarn, efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Nationalitet*

\* Ifylls ej av svensk medborgare

### 2. Bostad

Bostadsadress, postnummer och postadress		Lägenhetsnummer:	Telefon
Antal rum	Antal boende i bostaden	Hyresvärd	<input type="checkbox"/> egen fastighet/bostadsrätt
Om du inte har eget kontrakt, vem står för kontraktet ?		Har du sökt bostadsbidrag ? <input type="checkbox"/> Ja, datum <input type="checkbox"/> Nej	

### 3. Jag/vi söker försörjningsstöd

Enligt av riksdagen fastställd riksnorm. (Täcker kostnaderna för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien, dagstidning, telefon samt TV-avgift).

### 4. Jag/vi söker försörjningsstöd till följande utgifter. Skall styrkas med hyresavi, kvitton mm.

<input type="checkbox"/> Boendekostnad	kr	Ifylls av socialtjänsten	<input type="checkbox"/> Hemförsäkring	kr	Ifylls av socialtjänsten
<input type="checkbox"/> Hushållsel	Kr		<input type="checkbox"/> Fackavgift	kr	
<input type="checkbox"/> Arbetsresor	Kr		<input type="checkbox"/> Fackavgift	kr	

### 5. Jag/Vi söker ekonomiskt bistånd till annat: (uppgi vad)

<input type="checkbox"/>	Belopp:
<input type="checkbox"/>	Belopp:
<input type="checkbox"/>	Belopp:

Beslut om ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd och annat) kan överklagas genom förvaltningsbesvär. **VÄND!**



**6. Sysselsättning/Försörjning. (Tex. arbete, utbildning, sjukskrivning, pension. Saknas arbete/försörjning, ange varför).**

Sökande		Fr o m	T o m
Vid arbetslöshet: Anmäld på arbetsförmedlingen Datum:	Senaste besök på arbetsförmedlingen Datum:	Sökt ersättning från a-kassa Datum:	
Medsökande		Fr o m	T o m
Vid arbetslöshet, Anmäld på arbetsförmedlingen Datum:	Senaste besök på arbetsförmedlingen Datum:	Sökt ersättning från a-kassa Datum:	

**7. Inkomst per föregående kalendermånad efter preliminär skatt. (Bifoga lönebesked, utbetalningskort, kvitton etc).**

	Sökande		Medsökande		Ifylls av socialtjänsten	
	Inkomst	Utbetalningsdatum	Inkomst	Utbetalningsdatum	Verifierade inkomster	
					Sökande	Medsökande
Lön						
Utbildningsbidrag/ Vuxenstudiestöd/CSN						
Sjukpenning/ Föräldrapenning						
Pension/sjukersättning inkl. tjänstepension						
Arbetslöshetsersättning						
Underhållsbidrag/ Underhållsstöd						
Barnbidrag/ Studiebidrag						
Bostadsbidrag						
Andra inkomster t ex studielån, vårdbidrag, aktivitetsersättning, familjebidrag, livränta, överskjutande skatt mm						

**8. Tillgångar. (Uppge belopp/värde)**

<input type="checkbox"/> Saknas	Bankmedel	Bil/MC/Båt	Bostadsrätt/Fastighet/Fritidshus	Övrigt (aktier, obligationer o s v).
---------------------------------	-----------	------------	----------------------------------	--------------------------------------

**9. Utbetalning sker via bankgiro. Du kan få pengarna insatta på eget postgiro/personkonto, bankkonto om du anger kontonummer eller på en postgiroutbetalningsavi.**

<input type="checkbox"/> Bankkonto/personkonto	Clearingnummer	Kontonummer
--	----------------	-------------

**10. Försäkran och underskrift.**

<input type="checkbox"/> Jag/vi försäkrar att ovan lämnade uppgifter är sanningsenliga och fullständiga och att jag/vi så länge som jag/vi erhåller ekonomiskt bistånd meddelar kommunen förändringar i de uppgifter som lämnats på denna blankett.
<input type="checkbox"/> Jag/vi godkänner att kontroller görs hos följande myndigheter och organisationer: CSN, Bilregistret, Patent- och registreringsverket, Skatteverket, Skatteförvaltningen och Kronofogdemyndigheten, Barnomsorgen/kötid och avgift, Hyresvärden, Arbetsförmedlingen, andra ersättningskassor som Försäkringskassan, A-kassa/Alfakassa, AFA m.fl.

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan leda till åtal för bedrägeri samt medföra återbetalningsskyldighet av det belopp som erhållits med stöd av oriktiga eller ofullständiga uppgifter. Din/Er ansökan och utredning registreras och bearbetas i socialtjänstens dataregister. Du/Ni har rätt att ta del av uppgifterna.

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