

Postadress: Box 14, 782 21 Malung
Besöksadress: Thorolfsvägen 1 G 4, 782 34 Malung
Telefon: 0280-188 17
Fax: 0280-183 21
www.malung-salen.se

Kommunens anteckningar

Till vad söker du ekonomiskt bistånd?

Försörjningsstöd enligt norm _____
(ange vilken månad du/ni söker för)

Övrigt (ange vad du söker till)

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

	Sökande	Medsökande
Ange utbetalare 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				

