

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

Kommunens anteckningar

<p>Till vad söker du ekonomiskt bistånd?</p> <p><input type="checkbox"/> Försörjningsstöd enligt norm _____ (ange vilken månad du/ni söker för)</p>	<p><input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad du söker till)</p>
--	---

Beslut om försörjningsstöd fattas utifrån de uppgifter du/ni lämnar i ansökan. För att kunna göra det behöver vi vissa uppgifter från dig/er varje månad. **Kom ihåg att bifoga verifikationer och kvitton! Glöm inte bifoga kontoutdrag varje månad.** Ansökan och utredning registreras i ett dataregister som du har rätt att ta del av.

1. PERSONUPPGIFTER

<input type="checkbox"/> Ensamstående		<input type="checkbox"/> Sammanboende		<input type="checkbox"/> Gift		<input type="checkbox"/> Registrerat partnerskap	
Sökandes namn				Personnummer			
Medsökandes namn				Personnummer			
Bostadsadress, postnummer och postadress						Telefonnummer	
Totalt antal personer som bor i bostaden				Antal rum i bostaden			
Hemnavarande barn		Varav 0–6 år	7–10 år	11–14 år	15–18 år	Gymn. stud. 19–21 år	
Totalt antal							

2. HAR FÖRÄNDRINGAR SKETT I NÅGON AV NEDANSTÅENDE SITUATIONER SEDAN FÖREGÅENDE ANSÖKAN?

Vad gäller familjesituationen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Vad gäller boendet? <i>(t.ex. inneboende, ny adress)</i>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Vad gäller den ekonomiska situationen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Vad gäller sysselsättning? <i>(t.ex. arbete, studier)</i>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?

3. SYSSELSÄTTNING *(Kom ihåg att bifoga eventuell handlingsplan!)*

Arbete/skola/praktik	Sökande		Medsökande	
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Sjukskriven/föräldraledig?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Är du arbetslös?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du A-kassa/ALFA-kassa?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja När?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja När?
Senaste kontakt med Arbetsförmedlingen	Datum:		Datum:	
Aktuell planering? <i>(Vad har du/ni gjort för att bidra till er försörjning?)</i>	Vilken?		Vilken?	

4. INKOMSTER PER MÅNAD EFTER SKATT (Kom ihåg att bifoga verifikationer på ALLA inkomster!) Ange 0:- där inkomst saknas.

	Sökande	Medsökande
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/ni alla övriga inkomster t.ex. livränta, AFA-ersättning, annan pension, kapitalinkomst, skatteåterbäring, hyresinkomst, pension och inkomster från annat land, familjehemsarvode, havandeskapspenning, starta-eget-bidrag.

5. UTGIFTER (Kom ihåg att bifoga verifikationer och kvitton på ALLA utgifter!)

	Kronor
Bostadskostnad	
Elkostnad	
Hemförsäkringsavgift	
Barnomsorgsavgift	
Avgift fackförening/A-kassa	
Tandvårdskostnad	
Sjukvårdskostnad	
Egenavgift medicin	
Arbetsresor/ sjukresor	
Umgängesresor	
Övriga kostnader (ange vad)	

6. FORSAKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga och lovar att meddela förändringar i de uppgifter som lämnats på denna blankett.

Sökanden som på blanketten lämnar en uppgift om faktiska förhållanden som inte är sann eller låter bli att tala om sanningen kan åtalas för bidragsbrott samt bli återbetalningsskyldig av det belopp som oriktigt utbetalats. Vi är skyldiga att anmäla till polis / åklagarmyndighet om det kan misstänkas att brott enligt denna lag har begåtts.

Datum	Sökandes namnteckning	Medsökandes namnteckning