



## Individ- och familjeomsorgen

Obs! Obligatoriska fält markeras med stjärna★

Handläggare	Datum för ansökan	Beräkningsperiod
-------------	-------------------	------------------

## Uppgifter om hushållsmedlemmar★

(vid samboförhållande ange mannen som sökande och kvinnan som medsökande)

 Känd  Leg

Namn 1★	Personnummer★
Namn 2★	Personnummer★
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Barn	
Barnets namn	Personnummer <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Halvtid <input type="checkbox"/> Umgänge
Barnets namn	Personnummer <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Halvtid <input type="checkbox"/> Umgänge
Barnets namn	Personnummer <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Halvtid <input type="checkbox"/> Umgänge
<input type="checkbox"/> "Hemmavarande" vuxen    Antal personer i hushållet	

## Bostad/adress, telefon och e-post★

Utdelningsadress (gata, box etc)	
Postnummer	Postort
Telefonnummer dagtid (även riktnr)	E-postadress

## Vad söker du/ni hjälp till denna månaden?★

<input type="checkbox"/> Boendekostnad	<input type="checkbox"/> Umgänge med barn	<input type="checkbox"/> Glasögon	<input type="checkbox"/> Sjukresa
<input type="checkbox"/> Uppehälle	<input type="checkbox"/> Hemförsäkring	<input type="checkbox"/> Fackavg/A-kassa	<input type="checkbox"/> Tandvård
<input type="checkbox"/> Arbetsresor	<input type="checkbox"/> EI	<input type="checkbox"/> Medicin	<input type="checkbox"/> Läkarkostnader
<input type="checkbox"/> Barnomsorg	<input type="checkbox"/> Renhållning/VA	<input type="checkbox"/> Medlemsavgift hyresgästföreningen	<input type="checkbox"/> Övrigt

## Boendekostnader (belopp)★

Hyra, månad	VA	Renhållning	Elkostnad	Hemförsäkring	Övrigt
Socialförvaltningens anteckningar					

## Övriga utgifter★

Arbetsresor	Belopp	Socialförvaltningens anteckningar	Medicin enligt recept	Belopp	Socialförvaltningens anteckningar
Fackavgift	-----		Sjukresor		
Dras på lönen	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Barnomsorg		
Läkarvård/ Akut tandvård			Övrigt		

Individ- och familjeomsorgen

**Obs! Obligatoriska fält markeras med stjärna★**
**Tillgångar★**

Tillgångar			Inkomst★					
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Belopp	Typ av inkomst, efter skatt denna månaden	Sökande	Belopp	Medsökande	Belopp
Bankmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arbetslöshetsförsäkring	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Aktier/Obligationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Barnbidrag/Studiebidrag	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Företag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bostadsbidrag	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Bil/Båt/MC/Husvagn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hyra från inneboende	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Fonder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lön efter skatt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Övriga tillgångar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pension/Sjukbidrag /Livränta/Barnpension/ Andra pensioner	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
				Sjukpenning/föräldrapenning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
				Studiemedel/Vuxenstudiestöd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
				Underhållsstöd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
				Aktivitetsstöd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
				Övrigt t ex retroaktiv ersättning eller återbetalningar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		

**Aktuell planering★**

(t ex kontakt Arbetsförmedlingen, sjukvården etc)

Om du lämnar oriktiga uppgifter i ansökan eller underlåter att anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i ansökan, kan du åtalas för bedrägeri. Du kan också bli skyldig att betala tillbaka det belopp, som du erhållit på grund av oriktiga uppgifter. De uppgifter som du lämnar, samt andra uppgifter som kommer från folkbokföringsmyndigheten eller inhämtas från annan myndighet, kommer att föras in i en databas för att kommunen skall kunna använda uppgifterna vid behandling av ditt ärende. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i dataskyddsförordningen.

**Underskrift★**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i ansökan är korrekta och sanningsenliga. Jag tillåter att uppgifterna i min ansökan, vid behov, kontrolleras av socialtjänsten hos (Försäkringskassan, Arbetsförmedling, Arbetslöshetskassa, Skattemyndighet, Centrala studiestödsnämnden (CSN), Transportstyrelsen, Patent- och registeringsverket, Kriminalvården, Hälso- och sjukvården inkl psykiatri, Bolagsverket, vuxenskola, barnomsorg, socialtjänst och tandvård).

Jag förbinder mig, att till socialtjänsten omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min rätt till ekonomiskt bistånd.

Datum	Underskrift sökande
Datum	Underskrift medsökande

Har du synpunkter på bemötandet på socialkontoret, är du välkommen att vända dig till avdelningschefen för Individ- och familjeomsorgen, telefon 0456-82 23 29, 0709-17 12 43