

**Ansökan om
SOCIALBIDRAG** (var god texta)

Uppgifterna registreras i socialtjänstens dataregister
V.g tag alltid med legitimation
Ansökan skall alltid lämnas in personligen

| | | |
|-------------|-------------|------------------|
| Handläggare | Besöksdatum | Avser år , månad |
| | | |

1. Personuppgifter

| | | | |
|---|--|--|----------------|
| Sökande personnummer | Efternamn och tilltalsnamn | Kön | Medborgarskap* |
| Medsökande personnummer | Efternamn och tilltalsnamn | Kön | Medborgarskap* |
| Civilstånd sökande Gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/> änka <input type="checkbox"/> | Civilstånd medsökande Gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/> änka <input type="checkbox"/> | Sammanboende Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Kontonr |
| Hemmahörande barns pers.nr | Ålder | Efternamn och tilltalsnamn | Medborgarskap* |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*ifylles ej av svensk medborgare

2. Bostad

| | | | | |
|--|-------------------------|--------------|------------------|--------------|
| Bostadsadress, postnummeroch postadress | | | Telefon bostaden | |
| Antal rum | Antal boende i bostaden | Hyresvärd | Hyra kr/mån | Mobiltelefon |
| Lägenheten hyrs i 1:a hand <input type="checkbox"/> 2:a hand <input type="checkbox"/> Inneboende <input type="checkbox"/> | | Kontraktstid | Kontraktsnummer | |

3. Ansökan avser

| | | |
|---|---|---|
| Försörjningsstöd enligt riksnorm <input type="checkbox"/> (Riksnormen fastställs av regeringen) RIKSNORM Livsmedel Kläder/skor Lek/fritid Förbrukningsvaror Dagstidning/telefon/TV-avgift | Försörjningsstöd till övriga kostnader <input type="checkbox"/> (Bifoga faktura och/eller kvitto) Boendekostnad Fackavgift SL-kort Hushållsel Hemförsäkring | Övrigt ekonomiskt bistånd <input type="checkbox"/> (Bifoga faktura och/eller kvitto) Barnomsorgsavgift Avgift för färdtjänst Läkarvårdskostnad Medicinkostnad Dagersättning enligt LMA |
| <input type="checkbox"/> Annat (ange vad och kostnad) | | |

4. Orsak till ansökan(Bifoga handlingar som styrker försörjningshindren)

| |
|------------|
| Sökande |
| Medsökande |

5. Tillgångar (uppge belopp/värde)

| | | | | |
|---------------------------------|-----------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Saknas | Bankmedel | Bil/MC/båt/husvagn | Bostadsrätt/fastighet | Övrigt(aktier, obligationer o.s.v) |
|---------------------------------|-----------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|

6. Nettoinkomster senaste 2 månaderna, ange datum för utbetalningen

(Bifoga lönespecifikation/ utbetalningsbesked/ deklarationsuppgift)

| | Förra månaden | | | Denna månaden | | | Socialtjänstens anteckningar |
|---|---------------|---------|------------|---------------|---------|------------|------------------------------|
| | Datum | Sökande | Medsökande | Datum | Sökande | Medsökande | |
| Lön | | | | | | | |
| Arbetslöshetsersättning/ Aktivitetsstöd | | | | | | | |
| Sjukpenning/ Föräldrapenning | | | | | | | |
| Underhållsbidrag/-stöd/ Barnpension | | | | | | | |
| Studiemedel | | | | | | | |
| Pension/Livränta/Sjuk- ersättning/Aktivitetsers. | | | | | | | |
| Barnbidrag/ Studiebidrag | | | | | | | |
| Bostadsbidrag | | | | | | | |
| Överskjutande skatt | | | | | | | |
| Övrig inkomst/utbet. Vad? | | | | | | | |
| Väntad inkomst Vad? | | | | | | | |

7.Försäkran och underskrift

Jag intygar att ovan lämnade uppgifter är sanningsenliga och att jag så länge jag uppbär socialbidrag omedelbart meddelar socialförvaltningen förändringar i uppgifterna som lämnats på denna blankett.

Jag godkänner att kontroller görs hos försäkringskassan, arbetsförmedlingen, bilregistret, skatteförvaltning, skolor, A-kassa, CSN och företagsregister utan hinder av sekretess.

Jag har blivit upplyst om att oriktiga uppgifter kan leda till åtal för bedrägeri samt medföra återbetalningsskyldighet av de belopp som erhållits med stöd av de oriktiga eller ofullständiga uppgifterna. Jag har också blivit informerad om att inkomna uppgifter databearbetas.

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Ort | Datum |
| Sökandens namnteckning | Medsökandens namnteckning |

Socialförvaltningens anteckningar

.....
Datum

.....
Beslutsfattare