

**Ansökan om**  
**EKONOMISKT BISTÅND** ( 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/partnerskap <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> Änka/änkling <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/>	Civilstånd medsökande Gift/partnerskap <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> Änka/änkling <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/>	Sammanboende Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kontonnr
Hemmahörande barns pers.nr	Ålder	Efternamn och tilltalsnamn	Medborgarskap*

\*ifylles ej av svensk medborgare

**2. Bostad**

Bostadsadress, postnummer och 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"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/>			Kontraktstid	

**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 att jag söker ekonomiskt bistånd (Bifoga handlingar som styrker försörjningshindren)

Sökande
Medsökande

5. Tillgångar (uppge belopp/värde)

Saknas <input type="checkbox"/>	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							
Underhållsstöd Barnpension							
Studiemedel							
Pension/Livränta/Sjuk- ersättning/Aktivitetsers.							
Barnbidrag/ Studiebidrag							
Bostadsbidrag							
Överskjutande skatt							
Övrig inkomst/utbetaln. Vad?							
Väntad inkomst Vad?							

7. Försäkran och underskrift

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

Jag godkänner att kontroller görs hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Bilregistret, Skatteverket, Skolor, A-kassa, Centrala Studiemedels Nämnden och Bolagsregistret 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