

Avser år	Månad		
Sökandens efternamn		Förnamn	Personnummer
Medsökandens efternamn		Förnamn	Personnummer
Gatuadress		Postnr	Postadress
Telefon bostad	Mobiltelefon sökande		Mobiltelefon medsökande
E-postadress sökande		E-postadress medsökande	

Lämnade personuppgifter hanteras i enlighet med dataskyddsförordningen och lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

INKOMSTER	Sökande	Utbetalningsdag Sökande	Med-sökande	Utbetalningsdag Medsök.	Summa
Om inkomst saknas markera 0 kr					
Lön/dagpenning enl. specifikation					
Sjukpenning/föräldrapenning					
A-kassa/ALFA-kassa					
Pension/underhållsstöd/underhåll					
Pension/sjukbidrag					
Bostadsbidrag					
Barnbidrag/studiebidrag					
Annan inkomst/skatteåterbäring					
Annan inkomst					
UTGIFTER	Person som har haft utgiften, Sökande/medsökande	Datum för utgiften	Summa		
Hyra					
EI					
Hemförsäkring					
Internetkostnader					
Barnomsorg					
Fackavgift					
Egenavgift för arbetsresor/sjukresor (endast inom högkostnadsförmån)					
Medicin (endast inom högkostnadsförmån)					
Läkarbesök (endast inom högkostnadsförmån)					
Andra utgifter					

Vad ansöker ni om?

Förändrade förhållanden sedan föregående ansökan

Om Ja, ange vad

Arbete/utbildning

Familjeförhållanden

Tillgångar

Bil

Ja Nej

Har du som sökande följt planeringen med Arbetsförmedlingen eller annan anvisande myndighet?

Ja Nej

Har du som medsökande följt planeringen med Arbetsförmedlingen eller annan anvisande myndighet?

Ja Nej

Övrigt, vad: _____

Försäkran och underskrift

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig att anmäla eventuella förändringar.
- Kontroll av uppgifterna görs enligt Socialtjänstlagen (SoL)(2001:453), 11 kap. 11-11 b §§ eller samtycke. Felaktiga uppgifter polisanmäls och bistånd som utbetalats felaktigt kan komma att återkrävas enligt 9 kap 1 § SoL.
- Ofullständig ansökan kan medföra en längre handläggningstid och/eller att ansökan avslås då det saknas nödvändigt underlag till en utredning om ekonomiskt bistånd.

Datum

Sökandes underskrift

Datum

Medsökandes underskrift