



Handläggningstiden för ekonomiskt bistånd beräknas på minst 7 dagar efter att komplett ansökan har inkommit.

Besökstid:	Handläggare:	Ansökan avser: År: Månad:
------------	--------------	------------------------------

### NEDANSTÅENDE HANDLINGAR SKA BIFOGAS I ANSÖKAN

- Hyreskontrakt + Hyresavier
- Villablankett (om ni bor i villa)
- Kontoöversikt från din bank som visar samtliga konton
- Kontoutdrag från samtliga konton tre månader bakåt i tiden
- Kopior på inkomstuppgifter (lönebesked, utbetalningar från försäkringskassan, A-kassa etc.)
- Senaste deklARATIONEN och slutskattsedel
- Läkarintyg om du är sjukskriven
- Intyg om inskrivning på arbetsförmedlingen om du är arbetslös.
- Kopior på fakturor och kvitton på utgifter.
- Handlingar som visar tillgångar (bankmedel, fonder, aktier etc.)

### 1. PERSONUPPGIFTER

Personnummer:	Sökandes för- och efternamn:	Telefonnummer:
Personnummer:	Medsökandes för- och efternamn:	Telefonnummer:
Civilstånd: <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboende		

### 2. HEMMAVARANDE BARN

Antal dagar barnet bor i hushållet

Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Personnummer:	för- och efternamn:	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar:
Har du barnbidrag för de barn som bor hos dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du underhållstöd för de barn som bor hos dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du underhållsbidrag för de barn som bor hos dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

### 3. BOSTAD

Bostadsadress, postnummer och postadress:			
Antal rum i bostaden:	Antal boende i bostaden:	Hyresvärd:	Lägenheten hyrs i: <input type="checkbox"/> 1:a hand <input type="checkbox"/> 2:a hand
<input type="checkbox"/> Egen bostadsrätt – Fyll i villakostnadsberäkning <input type="checkbox"/> Egen villa – Fyll i villakostnadsberäkning		<input type="checkbox"/> Inneboende – Bifoga inneboendekontrakt <input type="checkbox"/> Hemma boende hos föräldrar – Bifoga kostnader	
Ingår uppvärmning i boende kostnaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har du ansökt eller innehar du bostadsbidrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

#### 4. SYSSLESÄTTNING

Sökande	Medsökande
<input type="checkbox"/> Arbetar - Arbetsplats: _____ Anställningsform: <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad <input type="checkbox"/> Behovsanställd F.o.m: _____ T.o.m: _____	<input type="checkbox"/> Arbetar - Arbetsplats: _____ Anställningsform: <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad <input type="checkbox"/> Behovsanställd F.o.m: _____ T.o.m: _____
<input type="checkbox"/> Arbetsökande - F.o.m: _____ Handläggare AF: _____ Medlem i A-Kassa? / ALFA-Kassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilken? _____ Sökt A-Kassa / ALFA-Kassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Deltar du i något program via arbetsförmedlingen? <input type="checkbox"/> Ja, ange vad _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Arbetsökande - F.o.m: _____ Handläggare AF: _____ Medlem i A-Kassa? / ALFA-Kassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilken? _____ Sökt A-Kassa / ALFA-Kassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Deltar du i något program via arbetsförmedlingen? <input type="checkbox"/> Ja, ange vad _____ <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Sjukskriven - F.o.m: _____ T.o.m: _____ Sjukskrivande läkare: _____ Har du, eller har du ansökt om sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du, eller har du ansökt om sjukpenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du sökt aktivitets ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Sjukskriven - F.o.m: _____ T.o.m: _____ Sjukskrivande läkare: _____ Har du, eller har du ansökt om sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du, eller har du ansökt om sjukpenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du sökt aktivitets ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Studerande - Ange vad _____ Har du, eller har du ansökt om CSN? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När beräknas studierna vara klara? _____	<input type="checkbox"/> Studerande - Ange vad _____ Har du, eller har du ansökt om CSN? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När beräknas studierna vara klara? _____
<input type="checkbox"/> SFI <input type="checkbox"/> Föräldraledig Har du, eller har du ansökt om föräldrapenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> SFI <input type="checkbox"/> Föräldraledig Har du, eller har du ansökt om föräldrapenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Annat – Ange vad _____	<input type="checkbox"/> Annat – Ange vad _____

#### 5. TIDIGARE EKONOMISKT BISTÅND

Har du tidigare haft ekonomiskt bistånd?

Nej

Ja – Ange när \_\_\_\_\_ - Ange kommun \_\_\_\_\_ Samtycke till kontakt  Ja  Nej

#### 6. ANLEDNINGEN TILL ANSÖKAN

Beskriv med egna ord:

## 7. TILLGÅNGAR

Har du/ni tillgångar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.				
Tillgångar i Sverige eller annat land som ägs av någon av familjemedlemmarna. Sätt kryss framför de tillgångar ni har. Lämna med kopior på handlingar som visar värdet.				
<input type="checkbox"/> Bankmedel/ Fonder	Belopp (ange bank/försäkringsbolag)			
<input type="checkbox"/> Aktier/Obligationer	Belopp (ange bank/försäkringsbolag)			
<input type="checkbox"/> Barns tillgångar	Belopp (ange bank/försäkringsbolag)			
<input type="checkbox"/> Pensionsförsäkring	Belopp (ange bank/försäkringsbolag)			
<input type="checkbox"/> Fastighet/bostadsrätt	Taxeringsvärde		Inköps år	
<input type="checkbox"/> Gåva	Ange vad		Totalt värde	
<input type="checkbox"/> Annat	Ange vad		Totalt värde	
<input type="checkbox"/> Bil, MC, EU-Moped	Antal	Registreringsnummer	Inköps datum	Totalt värde
<input type="checkbox"/> Båt, Husvagn, släp,	Antal	Märke/årsmodell	Inköps datum	Totalt värde

## 8. INKOMSTER SÖKANDE

(Bifoga kopia på utbetalningsavier)

<input type="checkbox"/> Inkomster saknas helt			
Om du inte kryssat i rutan ovan skall du fylla i raderna som är aktuella för dig nedan.			
Sökande	2 månader tillbaka	1 månad tillbaka	Denna månad
Lön			
Sjukpenning / Föräldrapenning			
Pension / Sjukersättning / Aktivitetsersättning			
Arbetslöshetsersättning / ALFA / Aktivitetsstöd			
Underhållstöd			
Barnbidrag inklusive flerbarnstillägg			
Studiemedel / CSN			
Bostadsbidrag			
Andra inkomster, ange vad			
Andra inkomster, ange vad			

## INKOMSTER MEDSÖKANDE

<input type="checkbox"/> Inkomster saknas helt			
Om du inte kryssat i rutan ovan skall du fylla i raderna som är aktuella för dig nedan.			
Medsökande	2 månader tillbaka	1 månad tillbaka	Denna månad
Lön			
Sjukpenning / Föräldrapenning			
Pension / Sjukersättning / Aktivitetsersättning			
Arbetslöshetsersättning / ALFA / Aktivitetsstöd			
Underhållstöd			
Barnbidrag inklusive flerbarnstillägg			
Studiemedel / CSN			
Bostadsbidrag			
Andra inkomster, ange vad			

## 9. UTGIFTER Bifoga kopia på betalningsavier

Gemensamma kostnader		Summa	
Hyra / Boendekostnad			
El			
Hemförsäkring			
Barnomsorg			
Personliga kostnader	Summa Sökande	Summa Medsökande	
Fackliga avgifter / A-Kassa			
Akut tandvård			
Läkarvård			
Resor (Arbets-, sjukresor, umgänge)			
Medicin			
Övrigt, Ange vad			

## 10. SKULDER

Har du skulder?		
Sökande	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Ange vad/summa _____
Har du utmätning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja.
Medsökande	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Ange vad/summa _____
Har du utmätning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja.

## 11. FÖRETAG

Är någon i familjen delaktig i eller äger ett företag?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Ange vad/vilket _____
Om ja, Bifoga underlag som styrker detta		

## 12. JAG SAMTYCKER TILL ATT SOCIALTJÄNSTEN TAR KONTAKT MED

<input type="checkbox"/> CSN	<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/> Skatteverket	<input type="checkbox"/> Sjukvården
<input type="checkbox"/> Fordonsregistret	<input type="checkbox"/> A-Kassa / ALFA-Kassa	<input type="checkbox"/> Annan socialnämnd	<input type="checkbox"/> Försäkringskassan

OBS: Om samtycke saknas kan det resultera i att din ansökan avslås då nödvändig utredning inte kan göras

## 13. BANKKONTONUMMER

Kontonummer inklusive clearingnummer
--------------------------------------

Lämnar du/ni oriktiga uppgifter i ansökan eller underlåter att anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i ansökan, kan du/ni åtalas för bedrägeri. Du/ni kan också bli skyldig att betala tillbaka det belopp som du/ni erhållit på grund av oriktiga uppgifter.

## 14. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag förbinder mig att till socialnämnden omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min rätt till ekonomiskt bistånd.	
Ort	Namnteckning sökande
Datum	Namnteckning medsökande