



Om du ansöker första gången, kontakta mottagningen
via växeln 0120-83 000 vardagar kl 8.00-9.00.

Handläggare: _____

Vad söker du/ni ekonomiskt bistånd till?

- Ekonomiskt bistånd enligt riksnorm.
- Annat ekonomiskt bistånd: _____
- Månad/period: _____

Personuppgifter

Personnummer	Sökandes- och medsökandes för- och efternamn

Civilstånd: Gift Sambo Ensamstående

Bostad

Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon mobil	E-postadress

Hemmavarande barn/umgängesbarn

Personnummer	För- och efternamn	Antal dagar barnet bor i hushållet	Namn på skola/förskola
		<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar: _____	
		<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar: _____	
		<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar: _____	
		<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar: _____	
		<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar: _____	
		<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar: _____	

Gemensamma utgifter *Bifoga fakturor*

	Belopp		Belopp
<input type="checkbox"/> Hyra		<input type="checkbox"/> Hälsa- & sjukvård (ink. sjukresor)	
<input type="checkbox"/> El		<input type="checkbox"/> Tandvård	
<input type="checkbox"/> Hemförsäkring		<input type="checkbox"/> Arbetsresor	
<input type="checkbox"/> Fackavgift/A-kassaavgift		<input type="checkbox"/> Umgängesresor	
<input type="checkbox"/> Barnomsorg		<input type="checkbox"/> Övrigt: _____	

Gemensamma inkomster *Bifoga verifikationer*

	Belopp		Belopp
<input type="checkbox"/> Lön		<input type="checkbox"/> Barnbidrag	
<input type="checkbox"/> A-kassa/ALFA-kassa		<input type="checkbox"/> Underhållsstöd	
<input type="checkbox"/> Sjuk-/Föräldrapenning		<input type="checkbox"/> Pension/Vårdbidrag	
<input type="checkbox"/> Studiebidrag/Studielån		<input type="checkbox"/> Överskjutande skatt	
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd		<input type="checkbox"/> Bankmedel	
<input type="checkbox"/> Sjuk- el. aktivitetsersättning		<input type="checkbox"/> Bilvärde	
<input type="checkbox"/> Bostadsbidrag		<input type="checkbox"/> Andra inkomster	

Har dina/era förhållande avseende familj, bostad eller sysselsättning förändrats sedan föregående ansökan?

<hr/> <hr/>

För att din/er ansökan ska kunna behandlas måste den vara fullständigt ifylld och underskriven. Nödvändiga handlingar måste skickas tillsammans med ansökan. Kontoutdrag från dina/era samtliga bankkonton för en månad tillbaka i tiden ska alltid bifogas.

Viktig information

Socialkontoret kan inhämta uppgifter från följande: Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, CSN, A-kassan, Bilregistret, Skatteverket, Migrationsverket, Kronofogden, hyresvärden, Kommunens arbetsmarknadsenhet (AME), patent- och registreringsverket samt eventuellt annat socialkontor för komplettering till och kontroll av de uppgifter du/ni lämnat för prövning av ansökan.

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 dessutom bli skyldig att betala tillbaka om du/ni lämnat oriktiga uppgifter om dina/era ekonomiska förhållanden, låtit bli att lämna uppgifter eller på annat sätt orsakat att ekonomiskt bistånd betalats ut till dig/er med för högt belopp. Det är också viktigt att du/ni kontrollerar att socialkontoret betalar ut det belopp som beslutats. Om socialkontoret betalar ut för mycket kan du/ni bli återbetalningsskyldig.

Socialkontoret har vidare skyldighet att anmäla till polis- eller åklagarmyndighet, om man i sin verksamhet får kännedom om bidragsbrott mot Försäkringskassan, Premiepensionsmyndigheten, CSN, Arbetsförmedling, A-kassor eller kommun.

Jag/vi förbinder mig/oss att till socialkontoret omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min/vår rätt till ekonomiskt bistånd.

Underskrift

- Jag medger att samtliga uppgifter, som jag lämnat ovan om mina förhållanden, får kontrolleras
- Jag är medveten om min skyldighet att anmäla sådana förhållande som kan påverka beräkningen av eller rätten till ekonomiskt bistånd
- Jag försäkrar att min ansökan är riktig och sanningsenlig

Ort & datum _____

Sökandes namnteckning _____

Medsökandes namnteckning _____