



Förenklad ansökan för ekonomiskt bistånd

För att din/er ansökan ska kunna behandlas måste den vara fullständigt ifylld och signerad.

Handläggare: _____

Vad söker du/ni ekonomiskt bistånd till?

Ekonomiskt bistånd enligt riksnorm för månad/period: _____

Annat ekonomiskt bistånd: _____

Personuppgifter

Personnummer	Sökandes- och medsökandes för- och efternamn		
Civilstånd	<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående

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 _____	

Gemensamma utgifter

	Belopp		Belopp
<input type="checkbox"/> Hyra		<input type="checkbox"/> Hälsa- & sjukvård	
<input type="checkbox"/> El		<input type="checkbox"/> Tandvård	
<input type="checkbox"/> Hemförsäkring		<input type="checkbox"/> Arbetsresor	
<input type="checkbox"/> Fackavgift/A-kasseavgift		<input type="checkbox"/> Umgängesresor	
<input type="checkbox"/> Barnomsorg		<input type="checkbox"/> Övrigt:	



Gemensamma inkomster

	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-/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?

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.

Lämnas felaktiga uppgifter i ansökan eller om ni underlåter att anmäla förändringar gällande inkomst, hushåll eller planering kan ni anmälas för bidragsbrott. Ni kan bli skyldig att betala tillbaka felaktigt utbetalt bistånd varpå det är viktigt att ni kontrollerar att Socialkontoret betalar ut rätt belopp.

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

Underskrift

- Jag medger att samtliga uppgifter, som jag lämnat ovan om mina förhållanden, får kontrolleras
- Jag är medveten om min skyldighet att anmäla uppgifter 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: _____

Socialkontoret

Åtvidabergs kommun

Besöksadress: Ingatorpsvägen 4

Postadress: Box 206, 597 25 Åtvidaberg

0120-830 00

kommun@atvidaberg.se