

## Ansökan om ekonomiskt bistånd

Är det första gången du/ni ansöker?

Ja. En handläggare kommer kalla dig/er för besök.

Nej. Jag/vi sökte förra månaden. Handläggare: \_\_\_\_\_

|  |              |
|--|--------------|
| Namn sökande   | Personnummer |
| Telefonnummer  | Mail         |
| Namn medsökande  | Personnummer |
| Telefonnummer  | Mail         |
| Hur många bor ni i bostaden?                               |              |
| Behöver du/ni tolk?<br><input type="checkbox"/> Ja, språk: |              |

Vilken månad gäller ansökan för?

|                                   |                                |                                    |                                   |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januari  | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Juli      | <input type="checkbox"/> Oktober  |
| <input type="checkbox"/> Februari | <input type="checkbox"/> Maj   | <input type="checkbox"/> Augusti   | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> Mars     | <input type="checkbox"/> Juni  | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> December |

### Utgifter

**Bifoga:** Kopior på fakturor, kvitton eller kostnadsförslag.

Kopia på hyreskontrakt lämnas vid första ansökan eller vid bostadsbyte.

|                                     |                                 |  |   |                                      |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hyra       | <input type="checkbox"/> El     | <input type="checkbox"/> Hemförsäkring | <input type="checkbox"/> A-kassa/fackavgift | <input type="checkbox"/> Arbetsresor |                                       |
| <input type="checkbox"/> Barnomsorg | <input type="checkbox"/> Läkare | <input type="checkbox"/> Medicin       | <input type="checkbox"/> Tandvård           | <input type="checkbox"/> Glasögon    | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

### Inkomster

Inkomster som kommer från Försäkringskassan, CSN, A-kassorna och Skatteverket hämtas in automatiskt. Har hushållet andra inkomster som till exempel lön eller andra inkomster så skrivs det här.

|   |  |
|---|--|
| <b>Inkomst sökande</b><br><input type="checkbox"/> Lön eller arvode<br><input type="checkbox"/> Övriga inkomster: _____ | <b>Inkomst medsökande</b><br><input type="checkbox"/> Lön eller arvode<br><input type="checkbox"/> Övriga inkomster: _____ |
|---|--|

**Har hushållet andra tillgångar? Till exempel bil, fonder, fritidshus**

- Ja, \_\_\_\_\_
- Nej

**Väntas inkomst från annan sökt ersättning?**

- Ja, från: \_\_\_\_\_
- Nej

**Sysselsättning**

Till exempel arbete, studier eller praktik. Bifoga underlag som styrker sysselsättningen, till exempel handlingsplan från Arbetsförmedlingen eller anställningsavtal. Bifoga lista på sökta jobb.

Är du sjukskriven ska du lämna kopia på läkarintyg.

**Sysselsättning sökande**

- Arbete  Sjukskrivning
- Studier  Övrigt
- Praktik
- Arbetssökande

**Sysselsättning medsökande**

- Arbete  Sjukskrivning
- Studier  Övrigt
- Praktik
- Arbetssökande

**Har något i din/er situation förändrats sedan föregående ansökan**

Tex ekonomiskt, boende, familjesituation

- Ja, \_\_\_\_\_
- Nej

**Samtycke**

Jag/vi samtycker till att socialtjänsten för att utreda och pröva min/vår ansökan inhämtar de uppgifter som behövs hos nedan angivna myndigheter och organisationer:

- Arbetsförmedlingen  Försäkringskassan  A-kassan  CSN  Skatteverket
- Transportstyrelsen  Migrationsverket

**Underskrift**

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och korrekta och förbinder mig/oss att omgående anmäla till socialtjänsten förändringar i lämnade uppgifter som kan påverka rätten till ekonomiskt bistånd.

Sökandes namnteckning

Medsökandes namnteckning