



Återansökan ekonomiskt bistånd

Alla fält **måste** vara ifyllda för att ansökan ska vara komplett. Om du exempelvis inte har någon inkomst måste alla fält vara ifyllda med 0kr.

Gifta och sammanboende har ömsesidig underhållsskyldighet och ska ansöka om ekonomiskt bistånd gemensamt. Uppgifter gällande båda lämnas därför på blanketten.

De personuppgifter som lämnas på denna blankett kommer att registreras i socialtjänstens datasystem och användas i utredningen av din/er rätt till ekonomiskt bistånd.

Vill du/ni ha information om hur dina/era personuppgifter används kan du/ni kontakta individ- och familjeomsorgen.

Ansökan avser månad:

Handläggare:

Personuppgifter sökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort/postadress

Telefon

Epost

Medsökande finns?

Ja

Nej

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Har det skett några förändringar sedan din senaste ansökan?

Har din situation förändrats på ett sätt som kan påverka din/er rätt till ekonomiskt bistånd (ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)?

Nej

Ja

Ange vad:

Redogör för din planering: (ex. arbete, studier eller dylikt)

Ange vad:

Ansökan avser

Kostnader	Förfalldatum	Kronor
Boendekostnad		
EI		
Fackföreningsavgift		
Arbetes/planeringsresor		
Barnomsorg		
Hemförsäkring		
Hyresgästförening		
Bredband		
A-kassa		

Läkarvård (inom högkostnadsskydd)

Avser vem i hushållet?	Datum	Kronor

Medicin (inom högkostnadsskydd)

Avser vem i hushållet?	Datum	Kronor

Övrigt, ange vad

	Kronor

Inkomster (Sökande)

Inkomst för sökande nuvarande månad

Typ av inkomst	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag
Lön efter skatt			
Bostadsbidrag			
Barnbidrag			
Underhållsstöd			
Aktivitetsstöd			
Aktivitetsersättning			
Sjukersättning			
Sjukpenning			
Studiebidrag CSN			
Pension			
A-kassa			
ALFA-kassa			
Föräldrapenning			
Etableringsersättning			
Studielån CSN			
Vårdbidrag			
Efterlevandestöd			
Barnpension			
Äldreförsörjningsstöd			
Bostadstillägg			
Skatteåterbäring			
Insättningar/överföringar, t.ex. Swish			
Övriga inkomster			

Inkomster (Medsökande)

Inkomst för medsökande nuvarande månad

Typ av inkomst	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag
Lön efter skatt			
Bostadsbidrag			
Barnbidrag			
Underhållsstöd			
Aktivitetsstöd			
Aktivitetsersättning			
Sjukersättning			
Sjukpenning			
Studiebidrag CSN			
Pension			
A-kassa			
ALFA-kassa			
Föräldrapenning			
Etableringsersättning			
Studielån CSN			
Vårdbidrag			
Efterlevandestöd			
Barnpension			
Bostadstillägg			
Skatteåterbäring			
Insättningar/överföringar, tex Swish			
Övriga inkomster			

Ekonomiskt bistånd från annan kommun

Ja Nej

Om Ja: Beräkningsperiod

Från:

Till:

Eventuella upplysningar du/ni vill lämna

Samtycke

Jag samtycker till att kontakt tas med berörda parter avseende de utgifter som jag ansökt om för att min ansökan ska kunna utredas.

Jag samtycker även till att inkomster från andra myndigheter och arbetsgivare kan tas med i beräkningen om de inte angetts på ansökan

Ange om du vill lämna samtycke till att individ- och familjeomsorgen kontaktar annan verksamhet, till exempel socialtjänster i andra kommuner, frivården, arbetsförmedlingen eller dylikt. Du kan när som helst dra tillbaka samtycket.

Sökande

Ja

Nej

Medsökande

Ja

Nej

Ange undantag från samtycke

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag lovar att omgående meddela individ- och familjeomsorgen om uppgifterna förändras. Jag är medveten om att det är straffbart att lämna oriktiga uppgifter och att det kan leda till polisanmälan om misstänkt bidragsbrott samt skyldighet att återbetala det ekonomiska bistånd som har utbetalats utifrån oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Datum:

Datum:

Underskrift sökande

Underskrift medsökande