



Nyansökan 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 0 kr.

Gifta och sammanboende har ömsesidig underhållskyldighet 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 socialtjänsten.

Ansökan avser månad:

Handläggare:

Personuppgifter sökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort/Postadress

Telefon

Epost

Civilstånd

Gift/registrerat partnerskap

Sambo

Ensamboende

Medsökande finns

Ja

Nej

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Medborgarskap sökande

Svensk medborgare

Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd

Från:

Till:

Beslutsklass:

Utländsk medborgare med tillfälligt uppehållstillstånd

Från:

Till:

Beslutsklass:

Medborgarskap medsökande

Svensk medborgare

Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd

Från:

Till:

Beslutsklass:

Utländsk medborgare med tillfälligt uppehållstillstånd

Från:

Till:

Beslutsklass:

Det finns barn under 18 år eller skolungdomar i hushållet

Ja Nej

Barnets Personnummer	Förnamn	Efternamn	Barnet går gymnasium eller motsvarande	Barnet går i förskola/skola	Antal dagar i perioden som barnet är boende i hushållet

Kontoinformation

Sökande:

Bankens namn

Antal konton

Medsökande:

Bankens namn:

Antal konton

Har du/ni ansökt om underhållsstöd?

Ja

När:

Nej

Varför?

Umgängesbarn finns

Ja

Antal barn:

Nej

Antal dagar:

Bostad

Typ av bostad

Egen hyreslägenhet med kontrakt

Sedan när:

Hyresvärd

Egen bostadsrätt

Andrahandskontrakt

Inneboende hos släkt

Bor hos föräldrarna

Inneboende hos annan

Egen fastighet

På annat sätt

Totalt antal personer boende i bostaden

Antal rum i bostaden

Vem står för kontraktet

Total månadskostnad för boendet

Har du/ni ansökt om bostadsbidrag?

 Ja

När:

 Nej

Varför?

Ansökan avser

Kostnader	Förfalldatum	Kronor
Boendekostnad		
El		
Fackföreningsavgift		
Arbetsresor / Planeringsresor		
Barnomsorg		
Hemförsäkring		
Bredband		
A-kassa		

Läkarvård (inom högkostnadsskydd)

Avser vem i hushållet?	Förfalldatum	Kronor

Medicin (inom högkostnadsskydd)

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Tandvård

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Övrigt – Ange vad

	Kronor

Har du arbetat senaste året?

Sökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Medsökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Datum för ansökan om A-kassa/ALFA-kassa	När fattades beslut om ersättning

Om du inte kan få A-kassa/ALFA-kassa, ange varför

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

Ange vad:

Inkomster (Sökande)

Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från i dag

Typ av inkomst	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag	Belopp och utbetalningsdag
Lön efter skatt			
Bostadsbidrag			
Barnbidrag			
Underhållsstöd			
Aktivitetsstöd			
Aktivitetsersättning			
Sjukersättning			
Sjukpenning			
Studiedag 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)

Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från i dag

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-ersättning			
Föräldrapenning			
Etableringsersättning			
Barnpension			
Bostadstillägg			

Skatteåterbäring			
Insättningar/överföringar t ex Swish			
Övriga inkomster			
Försörjningsstöd från annan kommun			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja: Beräkningsperiod Från: _____ Till _____			
Har någon i hushållet utmätning hos kronofogden			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hushållets utgifter			
De tre senaste månaderna i Sverige och/eller utlandet			
Typ av utgift	Belopp och förfallodatum	Belopp och förfallodatum	Belopp och förfallodatum
Boendekostnad			
Ei			
Fackföreningsavgift			
Arbets-/planeringsresor			
Barnomsorg			
Hemförsäkring			
Hyresgästförening			
Bredband			
A-kassa			
Receptbelagd medicin	Avser vem	Datum	Kronor
Medicin 1			
Medicin 2			
Medicin 3			
Läkarvård (inom högkostnadsskydd)	Avser vem	Datum	Kronor
Läkarvård 1			
Läkarvård 2			
Läkarvård 3			
Tandvård	Avser vem	Datum	Kronor
Tandvård 1			
Tandvård 2			
Tandvård 3			
Övrigt	Avser vem	Datum	Kronor
Ange vad:			
Ange vad:			
Övriga upplysningar om utgifter:			

Ekonomiska tillgångar				
Har någon i hushållet följande:				
Bankmedel, aktier, obligation, fonder, kontanter				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Ange vad				Värde
Bil				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Registreringsnummer		Inköpsår		Inköpspris
Båt, MC, husvagn moped				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Ange vilket	Registreringsnummer	Inköpsdatum	Inköpspris	Värde
Bostadsrätt, villa, fritidshus				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Fastighetsbeteckning		Inköpsår		Inköpspris
Konst, smycken eller andra realiserbara tillgångar				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Ange vad				Värde

Företag	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Företagets namn	Tillgångar i företaget

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 Försörjningsstöd kontaktar annan verksamhet, till exempel annan del av socialtjänsten, frivården, arbetsförmedlingen eller dylikt. Du kan när som helst dra tillbaka samtycket.

Ange undantag från samtycke

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är fullständiga och riktiga.

Jag lovar att omgående meddela socialtjänsten – försörjningsstöd om uppgifterna förändras.

Jag är medveten om att det är straffbart att lämna oriktiga uppgifter och att de kan leda till polisanmälan om misstänkt bidragsbrott samt skyldighet att återbetala det ekonomiska bistånd som har utbetalats utifrån oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Datum:

Underskrift sökande

Underskrift medsökande

GDPR: Emmaboda kommun behandlar personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen. Läs mer på: www.emmaboda.se/GDPR