

## طلب المتقدمين الجدد لطلب المساعدة المالية

## Återansökan ekonomiskt bistånd

<p>جميع الحقول يجب أن تكون مُعبئة حتى تكون الإستمارة كاملة . إذا لم يكن لديكم دخل على سبيل المثال يجب أن تكون جميع الحقول معبئة بـ 0 كرونة .</p> <p>المتزوجين و الأشخاص المقيمين مع آخرين لديهم التزامات النفقة المتبادلة و يجب عليهم التقدم للحصول على المساعدة المالية بشكل مشترك . ولذلك يتم توفير المعلومات المتعلقة بكل منهما في الإستمارة .</p> <p>سوف يتم تسجيل المعلومات الشخصية المقدمة في هذه الإستمارة في نظام البيانات الخاص بالخدمات الإجتماعية و تستخدم في التحقيق بحقك في الحصول على المساعدة المالية .</p> <p>إذا كنت تريد معلومات حول كيفية استخدام معلوماتك الشخصية يمكنك التواصل بالخدمات الإجتماعية .</p>				
Ansökan avser månad: الطلب يشير إلى شهر		Handläggare: المسؤول		
<b>Personuppgifter sökande</b>		<b>المعلومات الشخصية للمتقدم</b>		
Förnamn الإسم	Efternamn الكنية	Personnummer الرقم الشخصي		
Adress العنوان		Postnummer الرمز البريدي	Ort/postadress المنطقة	
Telefon الهاتف		Epost الإيميل		
<b>Civilstånd</b>		<b>الحالة المدنية</b>		
<input type="checkbox"/> Gift/registrerat partnerskap متزوج	<input type="checkbox"/> Sambo متعايش مع شخص	<input type="checkbox"/> Ensamboende ساكن وحيداً		
<b>Medsökande finns?</b>		<b>هل يوجد متقدم ثاني بالطلب ؟</b>		
<input type="checkbox"/> Ja نعم	<input type="checkbox"/> Nej لا			
Förnamn الإسم	Efternamn الكنية	Personnummer الرقم الشخصي		
<b>Medborgarskap sökande</b>		<b>جنسية المتقدم بالطلب</b>		
<input type="checkbox"/>	Svensk medborgare سويدي الجنسية			
<input type="checkbox"/>	Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd جنسية أجنبية مع إقامة دائمة	Från: من	Till: إلى	Beslutsklass صنف القرار
<input type="checkbox"/>	Utländsk medborgare med tillfälligt uppehållstillstånd جنسية أجنبية مع إقامة مؤقتة	Från: من	Till: إلى	Beslutsklass صنف القرار

**Medborgarskap medsökande****جنسية المتقدم الثاني بالطلب**

<input type="checkbox"/>	Svensk medborgare سويدي الجنسية			
<input type="checkbox"/>	Utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd جنسية أجنبية مع إقامة دائمة	Från: من	Till: إلى	Beslutsklass صنف القرار
<input type="checkbox"/>	Utländsk medborgare med tillfälligt uppehållstillstånd جنسية أجنبية مع إقامة مؤقتة	Från: من	Till: إلى	Beslutsklass صنف القرار

**Det finns barns under 18 år eller skolungdomar i hushållet**

هل يوجد أطفال تحت سن 18 سنة أو تلاميذ مدارس مراهقين في نفقة المنزل

 Ja نعم  Nej لا

Barnets personnummer الرقم الشخصي للطفل	Förnamn الإسم	Efternamn الكنية	Barnet går gymnasium eller motsvarande يذهب الطفل للثانوية أو ما يعادلها	Barnet går förskola /skola يذهب الطفل للمدرسة الإبتدائية، الإعدادية	Antal dagar i perioden som barnet är boende i hushållet عدد الأيام في الفترة التي الطفل يكون ساكن في نفقة المنزل
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Kontoinformation****معلومات الحساب****Sökande: المتقدم بالطلب**Bankens namn  
اسم البنكAntal konton  
عدد الحسابات**Medsökande: المتقدم الثاني بالطلب**Bankens namn  
اسم البنكAntal konton  
عدد الحسابات**Har du/ni ansökt om underhållsstöd? هل تقدمت / تقدمتم بطلب النفقة للغائب ؟** Ja نعم Nej لا

När: متى

Varför? لماذا ؟

## Bostad السكن

### Typ av bostad نوع السكن

Egen hyreslägenhet med kontrakt شقة للإيجار مع عقد

Sedan när:

منذ متى

Hyresvärd:

المالك

Egen bostadsrätt  
شقة ملك خاصة

Andrahandskontrakt  
عقد آجار ثاني

Inneboende hos släkt  
السكن عند أقارب

Bor hos föräldrarna  
العيش عند الوالدين

Inneboende hos annan  
السكن عند أحد ما

Egen fastighet  
عقار خاص

På annat sätt:  
بطريقة مختلفة

Totalt antal personer boende i bostaden?  
مجموع عدد الأشخاص الذين يعيشون في السكن

Antal rum i boendet  
مجموع عدد الغرف في السكن

Vem står för kontraktet  
من الذي يتحمل مسؤولية العقد

Total månadskostnad för boendet  
مجموع التكاليف الشهرية للسكن

### Har du/ni ansökt om bostadsbidrag?

هل تقدمتم / تقدمتم بطلب مساعدة السكن ؟

Ja  
نعم

När:  
متى

Nej  
لا

Varför?  
لماذا ؟

### Ansökan avser الطلب يشير إلى

Kostnader النفقات	Förfalldatum تاريخ التسديد	Kronor كرونة
Boendekostnad تكلفة السكن		
EI الكهرباء		
Fackföreningsavgift رسوم نقابية		
Arbets/planeringsresor رحلات العمل		
Barnomsorg رعاية الأطفال		
Hemförsäkring تأمين المنزل		
Hyresgästförening جمعية اتحاد المستأجرين		
Bredband الإنترنت		
Akassa صندوق البطالة عن العمل		

### Läkarvård (inom högkostnadsskydd) الرعاية الطبية

Avser vem i hushållet? إلى من تشير في العائلة ؟	Datum التاريخ	Kronor كرونة

Medicin (inom högkostnadsskydd)      الدواء			
Avser vem i hushållet?	إلى من تشير في نفقة العائلة؟	Datum التاريخ	Kronor كرونة
Övrigt أشياء أخرى	Ange vad أخبرنا ماذا		Kronor كرونة
Har du arbetat det senaste året? هل عملت في آخر سنة؟			
Sökande المتقدم بالطلب <input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> Nej لا		Medsökande المتقدم الثاني بالطلب <input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> Nej لا	
Datum för ansökan om A-kassa/ALFA-kassa تاريخ تقديم الطلب لصندوق البطالة		När fattades beslut om ersättning? متى إتخذنا القرار حول التعويض؟	
Om du inte kan få A-kassa/ALFA-kassa, ange varför: أخبرنا على تعويض صندوق البطالة. لماذا؟			
Inkomster (Sökande)      الدخل للمتقدم بالطلب			
Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag الدخل للمتقدم بالطلب في آخر ثلاثة أشهر اعتباراً من اليوم			
Typ av inkomst نوع الدخل	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع
Lön efter skatt الراتب بعد الضريبة			
Bostadsbidrag مساعدة السكن			
Barnbidrag نقدية (مساعدة) الأطفال			
Underhållsstöd نفقة الزوجة / الزوج			
Aktivitetsstöd راتب دعم الأنشطة			
Aktivitetsersättning تعويض الأنشطة			
Sjukersättning تعويض المرض			
Sjukpenning النقدية المرضية			
Studiebidrag CSN المساعدة الدراسية			
Pension التقاعد			
A-kassa صندوق دعم البطالة			
ALFA-kassa صندوق دعم البطالة			
Föräldrapenning نقدية الوالدين			
Etableringsersättning تعويض التسيخ			
Studielån CSN القروض الدراسية			
Vårdbidrag بدل الرعاية			
Efterlevandestöd مساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة			
Barnpension تقاعد الطفل			

Äldreförsörjningsstöd دعم الإعاقة لكبار السن			
Bostadstillägg مساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ			
Skatteåterbäring فائض الضريبة			
Insättningar/överföringar, t. ex. Swish التحويلات المالية			
Övriga inkomster دخولات أخرى			

## Inkomster (Medsökande)

## الدخل للمتقدم الثاني بالطلب

### Inkomster för medsökande de tre senaste månaderna från idag

الدخل للمتقدم الثاني بالطلب في آخر ثلاثة أشهر اعتباراً من اليوم

Typ av inkomst نوع الدخل	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع
Lön efter skatt الراتب بعد الضريبة			
Bostadsbidrag مساعدة السكن			
Barnbidrag نقدية (مساعدة) الأطفال			
Underhållsstöd نفقة الزوجة / الزوج			
Aktivitetsstöd راتب دعم الأنشطة			
Aktivitetsersättning تعويض الأنشطة			
Sjukersättning تعويض المرض			
Sjukpenning النقدية المرضية			
Studiebidrag CSN المساعدة الدراسية			
Pension التقاعد			
A-kassa صندوق دعم البطالة			
Alfa-kassa صندوق دعم البطالة			
Föräldrapenning نقدية الوالدين			
Etableringsersättning تعويض الترسيع			
Studielån CSN القروض الدراسي			
Vårdbidrag بدل الرعاية			
Efterlevandestöd مساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة			
Barnpension تقاعد الطفل			
Bostadstillägg مساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ			
Skatteåterbäring فائض الضريبة			
Insättningar/överföringar, t. ex. Swish التحويلات المالية			
Övriga inkomster دخولات أخرى			

## Försörjningsstöd från annan kommun

## دعم الإعاقة من بلدية أخرى

Ja نعم  Nej لا

Om Ja: Beräkningsperiod الفترة المحسوبة : إذا كانت الإجابة نعم

Från: من

Till: إلى

**Har någon i hushållet utmätning hos kronofogden**

هل يوجد أحد في نفقة العائلة ممتلكاته محجوزة من قبل مصلحة جباية الضرائب الحكومية

 Ja نعم Nej لا**Hushållets utgifter** النفقات المنزلية**De tre senaste månaderna i Sverige och/eller utlandet**

في آخر ثلاثة أشهر في السويد أو في الخارج

Typ av inkomst نوع الدخل	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع	Belopp och utbetalningsdag المبلغ و موعد الدفع
Boendekostnad تكاليف السكن			
El الكهرباء			
Fackföreningsavgift رسوم الإتحاد النقابي			
Arbetes/planeringsresor تكاليف رحلات العمل			
Barnomsorg رعاية الأطفال			
Hemförsäkring تأمين السكن			
Hyresgästförening اتحادات المستأجرين			
Bredband الإنترنت			
Akassa صندوق البطالة عن العمل			

**Receptbelagd  
Medicin**

الدواء المباع حسب وصفة طبية

Avser vem  
إلى من تشيرDatum  
التاريخKronor  
كرونه

Medicin 1 الدواء

Medicin 2 الدواء

Medicin 3 الدواء

**Läkarvård (inom  
högkostnadsskydd)**

الرعاية الطبية

Avser vem  
إلى من تشيرDatum  
التاريخKronor  
كرونه

Läkarvård 1

Läkarvård 2

Läkarvård 3

**Övrigt**

أشياء أخرى

Ange vad:

: أخبرنا ماذا

Ange vad:

: أخبرنا ماذا

Övriga upplysningar om utgifter: إرشادات أخرى حول التكاليف :

**Ekonomiska tillgångar****الممتلكات المالية**

Har någon i hushållet följande : هل يتبع أي شخص في العائلة ما يلي :

**Bankmedel, aktier, obligation, fonder, kontanter**

الودائع المصرفية ، أسهم ، مستندات ، ثروات ، أموال نقدية

 Ja نعم  Nej لا

Ange vad : أخبرنا ماذا :

Värde القيمة

**Bil** السيارة Ja نعم  Nej لا

Registreringsnummer

رقم العربة

Inköpsår

عام الشراء

Inköpspris

سعر الشراء

**Båt, MC, husvagn, moped**

قارب ، دراجة نارية ، منزل عربة

 Ja نعم  Nej لا

Ange vilket

أشر ماذا

Registreringsnummer

رقم لوحة التسجيل

Inköpsdatum

تاريخ الشراء

Inköpspris

سعر الشراء

Värde

القيمة

**Bostadsrätt, villa, fastighet, fritidshus**

شقة ملك ، فيلا ، عقار ، منزل صيفي

 Ja نعم  Nej لا

Registreringsnummer

رقم التسجيل

Inköpsår

عام الشراء

Inköpspris

سعر الشراء

**Konst, smycken eller andra realiserbara tillgångar**

أعمال فنية ، مجوهرات أو ممتلكات قابلة للبيع

 Ja نعم  Nej لا

Ange vad : أشر ماذا :

Värde القيمة

**Företag** شركة Ja نعم  Nej لا

Företagets namn

اسم الشركة

Tillgångar i företaget

الممتلكات في الشركة

Blank area for providing additional information or details.

**طلب موافقة**

أنا أوافق على أن يتم الإتصال بالأطراف المهمة فيما يتعلق بالنفقات التي تقدمت بطلبها حتى يتم التحقيق في طلبي .  
أنا أوافق أيضاً على أن جميع الدخل الذي أحصل عليه من السلطات الأخرى وأصحاب العمل يمكن أن تُأخذ بعين الإعتبار في الحسابات إذا لم يتم ذكرها في الطلب .

حدد ما إذا كنت تريد إعطاء الموافقة على أن قسم دعم الإعالة يمكنه التواصل بأنشطتك الأخرى ، على سبيل المثال قسم آخر من أقسام الخدمات الاجتماعية ، مكتب العمل أو أقسام مشابهة .يمكنك في أي سحب الموافقة .

Ange undantag från samtycke

حدد استثناء للموافقة

أنا أؤكد أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة . أنا أعد أن أبلغ على الفور الخدمات الاجتماعية – قسم دعم الإعالة إذا حدث أي تغيير في المعلومات . أنا على إدراك حول عقوبة تقديم معلومات غير صحيحة وأن ذلك قد يؤدي إلى تقديم بلاغ للشرطة إذا كان هناك اشتباه بجريمة المساعدات وأيضاً أعتبر مدان بتسديد المساعدات المالية التي تم دفعها على أساس معلومات غير صحيحة أو كاملة

**Datum:**

التاريخ

**Underskrift sökande**

توقيع المتقدم بالطلب

**Underskrift medsökande**

توقيع المتقدم الثاني بالطلب