



## Återansökan ekonomiskt bistånd

## طلب الحصول على المساعدة المالية

<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>Medsökande finns?</b> <b>هل يوجد متقدم ثاني للطلب ؟</b>			
<input type="checkbox"/> Ja نعم	<input type="checkbox"/> Nej لا		
Förnamn الإسم	Efternamn الكنية		Personnummer الرقم الشخصي
<b>Har det skett några förändringar sedan din senaste ansökan?</b> <b>هل حدثت أي تغييرات منذ آخر طلب تقدمت به ؟</b>			
<b>Har din situation förändrats på ett sätt som kan påverka din/er rätt till försörjningsstöd (ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)?</b> <b>هل تغيير وضعك بطريقة قد تؤثر على استحقاقك لمساعدة الإعالة ( على سبيل المثال : تغييرات في العلاقة الأسرية أو الإنتقال ) ؟</b>			
<input type="checkbox"/> Ja نعم	<input type="checkbox"/> Nej لا		
Ange vad:			أخبرنا ماذا :

Ansökan avser		الطلب يشير إلى			
Kostnader	التكاليف	Förfalldatum	تاريخ التسديد	Kronor	كرونة
Boendekostnad	تكاليف السكن				
EI	الكهرباء				
Fackföreningsavgift	رسوم الإتحاد النقابي				
Arbetes/planeringsresor	تكاليف رحلات العمل				
Barnomsorg	رعاية الأطفال				
Hemförsäkring	تأمين السكن				
Hyresgästförening	اتحادات المستأجرين				
Bredband	الإنترنت				
A-kassa	صندوق البطالة عن العمل				
Läkarvård (inom högkostnadsskydd)		الرعاية الطبية			
Avser vem i hushållet?	إلى من تشير في نفقة العائلة ؟	Datum	التاريخ	Kronor	كرونة
Medicin (inom högkostnadsskydd)		الدواء			
Avser vem i hushållet?	إلى من تشير في نفقة العائلة ؟	Datum	التاريخ	Kronor	كرونة
Övrigt, ange vad		أشياء أخرى ، أخبرنا ماذا		Kronor	كرونة

**Inkomster (Sökande)****دخل ( المتقدم بالطلب )****Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag**

دخل المتقدم 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 الترخيص			
Studielån CSN القرض الدراسي			
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 دخلات أخرى			

**Inkomster (Medsökande)****دخل ( المتقدم الثاني بالطلب )****Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag**

دخل المتقدم 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 الترخيص			
Studielån CSN القرض الدراسي			
Vårdbidrag بدل الرعاية			
Efterlevandestöd مساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة			
Barnpension تقاعد الطفل			
Äldreförsörjningsstöd دعم الإعالة لكبار السن			
Bostadstillägg مساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ			
Skatteåterbäring فائض الضريبة			
Insättningar/överföringar, t. ex. Swish التحويلات المالية			

## Försörjningsstöd från annan kommun

## دعم الإعالة من بلدية أخرى

Ja نعم  Nej لا

Om Ja: Beräkningsperiod إذا كانت الإجابة نعم : الفترة المحسوبة

Från: من اعتباراً من

Till: إلى

## Eventuella upplysningar du/ni vill lämna

معلومات حالية تريد تسليمها

### 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 اعتبر 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