



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 الاجتماعية .</p>			
Ansökan avser månad: الطلب يشير إلى شهر		Handläggare: المسؤول	
Personuppgifter sökande المعلومات الشخصية للمتقدم			
Förnamn الإسم	Efternamn الكنية		Personnummer الرقم الشخصي
Adress العنوان		Postnummer الرمز البريدي	Ort/postadress المنطقة
Telefon الهاتف		Epost الإيميل	
Medsökande finns? هل يوجد متقدم ثاني للطلب ؟			
<input type="checkbox"/> Ja نعم	<input type="checkbox"/> Nej لا		
Förnamn الإسم	Efternamn الكنية		Personnummer الرقم الشخصي
Har det skett några förändringar sedan din senaste ansökan? هل حدثت أي تغييرات منذ آخر طلب تقدمت به ؟			
Har din situation förändrats på ett sätt som kan påverka din/er rätt till försörjningsstöd (ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)? هل تغيير وضعك بطريقة قد تؤثر على استحقاقك لمساعدة الإعالة (على سبيل المثال : تغييرات في العلاقة الأسرية أو الإنتقال) ؟			
<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)

دخـل (المتقدم الثاني بالطلب)

Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag

دخـل 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