

ANSÖKAN OM FÖRSÖRJNINGSTÖD/EKONOMISKT BISTÅND

I broschyren "Information om ekonomiskt bistånd" får du hjälp med hur du/ni fyller i ansökan. **Ansökan ska fyllas i med bläckpenna. Ansökan ska alltid vara fullständig ifylld. Du/Ni ansvarar själv för att uppgifterna är riktiga.**

Kommunen har enligt 6§ Bidragsbrottslagen skyldighet att polisanmäla alla misstänkta bidragsbrott. Den som lämnar felaktiga uppgifter eller utelämnar uppgifter som kan påverka beslutet kan bli polisanmäld för bidragsbrott. Lämnade uppgifter registreras i Älvsbyns kommuns socialregister.

| |
|--------------------------------------------------------------|
| Handläggare (fylls i av den sökande eller av socialtjänsten) |
|--------------------------------------------------------------|

| |
|------------------------------------|
| Inkom (stämplas av socialtjänsten) |
|------------------------------------|

I. Personuppgifter

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sökandes personnummer | Efternamn och tilltalsman | Medborgarskap |
| Medsökandes personnummer | Efternamn och tilltalsnamn | Medborgarskap |
| Sammanboende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Civilstånd sökande <input type="checkbox"/> Gift/reg.partner <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Änka/änkling | Civilstånd medsökande <input type="checkbox"/> Gift/reg.partner <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Änka/änkling |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| På vilket konto ska vi sätta in pengarna om du får försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd? | |
| Samma konto som förra ansökan <input type="checkbox"/> | Bank: _____ |
| Clearingnummer: _____ | Kontonummer: _____ |

2. Uppgifter om hemmavarande barn som du/ni har försörjningsansvar för

| Barnets personnummer | Efternamn och tilltalsnamn | Barnet går i förskola/skola | Barnet är folkbokfört på adressen nedan | Barnet bor växelvis hos föräldrarna | Barnet är umgängesbarn | Antal dagar/månad |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| | | <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"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

3. Bostad (bifoga kopia på hyresavi och kvitto på betald hyra. Vid nybesök bifogas även hyreskontrakt)

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Bostadsadress, lägenhetsnummer, postnummer, postadress | | | |
| Telefon och e-post | | | |
| Antal rum i bostaden | Antal boende i bostaden | Bostadens totala hyra, kr/mån | Hyresvärd |
| Lägenheten hyrs i: <input type="checkbox"/> 1:a hand <input type="checkbox"/> 2:a hand | | <input type="checkbox"/> Inneboende | Kontraktsinnehavare |

4. Sysselsättning (bifoga anställningsbevis, läkarintyg, aktivitetsrapport eller dylikt)

| Vilken sysselsättning har du? (sökande) | Vilken sysselsättning har du? (medsökande) |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heltidsarbete, var? _____ | <input type="checkbox"/> Heltidsarbete, var? _____ |
| <input type="checkbox"/> Deltidsarbete, var? _____ | <input type="checkbox"/> Deltidsarbete, var? _____ |
| <input type="checkbox"/> Inskrivnen på Arbetsförmedlingen, när? _____ | <input type="checkbox"/> Inskrivnen på Arbetsförmedlingen, när? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sjukskriven, vilken period? _____ | <input type="checkbox"/> Sjukskriven, vilken period? _____ |
| <input type="checkbox"/> Annan insats/aktivitet, vilken? _____ | <input type="checkbox"/> Annan insats/aktivitet, vilken? _____ |

5. Inkomster senaste två månaderna (även inkomster från utlandet ska redovisas)

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|-------------------------------------|---------|------------|
| <input type="checkbox"/> Inkomster saknas helt | Om du inte har kryssat i rutan "inkomster saknas helt" ska du fylla i alla rader nedan. Ange datum för utbetalningen och bifoga lönespecifikation eller utbetalningsbesked. Om utbetalning saknas för en viss inkomstpost anges detta med - eller 0. | | | | | |
| | Inkomster förra månaden (belopp i kr) | | | Inkomster denna månad (belopp i kr) | | |
| | Datum | Sökande | Medsökande | Datum | Sökande | Medsökande |
| A-kassa/Alfa-kassa, Aktivitetsstöd/ Utvecklingsersättning | | | | | | |
| Avtalsförsäkring (AFA) | | | | | | |
| Barnbidrag/Studiebidrag | | | | | | |
| Bostadsbidrag/Bostadstillägg | | | | | | |
| Etableringsersättning/ Etableringstillägg | | | | | | |
| Hemmavarande barns inkomst | | | | | | |
| Hysesinkomst från inneboende | | | | | | |
| Lön | | | | | | |
| Pension/Livränta/Sjukersättning/ Aktivitetsersättning | | | | | | |
| Sjukpenning/Föräldrapenning | | | | | | |
| Skatteåterbäring | | | | | | |
| Studiemedel (CSN) | | | | | | |
| Underhållsbidrag/Underhållsstöd/ Efterlevandestöd/Barnpension | | | | | | |
| Väntad inkomst Vad? _____ | | | | | | |
| Övrig inkomst/utbetalning Vad? _____ | | | | | | |

6. Tillgångar (uppge belopp och värde)

| | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tillgångar saknas | Bankmedel (vad och var?) | Bostadsrätt/Fastighet | Fordon |
| | Tillgångar i utlandet (vad och var?) | Aktiv i företag/Styrelse/ Förening osv. | Övrigt t.ex. aktier, fonder, obligationer |

7. Jag/vi vill ansöka om

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Försörjningsstöd enligt riksnorm för _____ månad <i>(I riksnormen ingår kostnader för; livsmedel, kläder/skor, fritid/lek, hygien, barn- och ungdomsförsäkring, förbrukningsvaror, tidning/telefon och TV-avgift)</i> | |
| Försörjningsstöd till utgifter (bifoga faktura/kvitto/avi) | Övrigt ekonomiskt bistånd (bifoga kostnadsförslag/kvitto/avi/faktura) |
| <input type="checkbox"/> Hyreskostnad _____ kr | <input type="checkbox"/> Glasögon _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Boendekostnad (hus) _____ kr | <input type="checkbox"/> Akut/nödvändig tandvård _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Hushållsel _____ kr | <input type="checkbox"/> Flyttkostnader _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Driftskostnad (VA/rehållning/fjärrvärme) _____ kr | <input type="checkbox"/> Hemutrustning _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Fackavgift/a-kassa _____ kr | <input type="checkbox"/> Spädbarnsutrustning _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Läkarvård _____ kr | <input type="checkbox"/> Grunduppsättning _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Medicinkostnader _____ kr | <input type="checkbox"/> Kostförstärkning _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Resekostnader _____ kr | <input type="checkbox"/> Hemtjänstavgift _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Hemförsäkring _____ kr | <input type="checkbox"/> Övrigt, vad? _____ kr |
| <input type="checkbox"/> Barnomsorg _____ kr | _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet/Bredbandsavgift _____ kr | _____ |

8. Ansökan om förmån hos annan myndighet eller organisation

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Har du/ni ansökt om någon förmån/ersättning/stöd/bidrag från A-kassan/Alfa-kassan, Arbetsförmedlingen, CSN, Försäkringskassan eller annan och väntar på att få beslut? | |
| Sökande: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, jag väntar på beslut från _____ | Gällande: _____ |
| Medsökande: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, jag väntar på beslut från _____ | Gällande: _____ |

9. Medgivande

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Socialtjänsten har enligt lag rätt att inhämta visa uppgifter från andra myndigheter. Det gäller Centrala studiestödsnämnden (CSN), Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Arbetsförmedlingen, Skatteverket och Arbetslöshetskassorna. Du kan läsa mer om detta i Älvsbyns kommuns riktlinjer för ekonomiskt bistånd. | |
| Jag/Vi lämnar medgivande till Socialtjänsten för att de ska kunna utreda ärendet, utan hinder av sekretess samt inhämta de uppgifter som behövs hos nedan angivna myndigheter och organisationer (för att kunna ta ställning till ansökan behöver socialtjänsten göra en utredning, ditt/ert medgivande till nedanstående utredningskontakter behövs för att inte förlänga utredningstiden). | |
| <input type="checkbox"/> Företagsregistret <input type="checkbox"/> Skadligt bruk och beroende/CRA-behandlare <input type="checkbox"/> Kronofogdemyndigheten <input type="checkbox"/> Lantmäteriet <input type="checkbox"/> Migrationsverket <input type="checkbox"/> Transportstyrelsen <input type="checkbox"/> Vid behov socialtjänst i annan kommun <input type="checkbox"/> Arbetsmarknadsenheten | <input type="checkbox"/> LSS/Socialpsykiatri/Vardagsstöd/Kontaktperson <input type="checkbox"/> Integrationsenheten <input type="checkbox"/> Psykiatri <input type="checkbox"/> Övrig sjukvård <input type="checkbox"/> Kriminalvård <input type="checkbox"/> Bostadsbolag/hyresvärd <input type="checkbox"/> SFI <input type="checkbox"/> Övriga, vilka? _____ |
| Behöver socialtjänsten ytterligare uppgifter kommer en handläggare att kontakta dig/er för att få särskilt samtycke för detta. | |

10. Försäkran och underskrift

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-------------------------|
| Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och fullständiga samt förbinder mig/oss att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. | | | |
| Datum | Sökandes underskrift | Datum | Medsökandes underskrift |
| | | | |