



ANSÖKAN OM EKONOMISKT BISTÅND

INFORMATION

Denna ansökningsblankett ligger till grund för Socialnämndens bedömning om Du/Ni är berättigad till försörjningsstöd eller inte. Ansökan skall vara fullständigt ifylld. Du/Ni skall ha tagit del av och besvarat samtliga frågor.

Skicka tillsammans med ansökan till Socialförvaltningen handlingar som styrker Dina/Era inkomster och utgifter.

Genom att lämna in en komplett ansökan och underlag bidrar Du/Ni till en förkortad handläggningstid!

Ansökan avser:

Ansökan om:	Fr om	T om
-------------	-------	------

Sökande:

Fullständigt namn:	Personnummer:
Vistelseadress:	
Telefonnummer:	
Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Civilstånd: <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift/reg. partner <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Sambo, sedan :	

Föreligger behov av tolk: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket språk:
--

Medsökande:

Fullständigt namn:	Personnummer:
Vistelseadress:	
Telefonnummer:	
Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Civilstånd: <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift/reg. partner <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Sambo, sedan :	

Föreligger behov av tolk: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket språk:
--

Barn i hemmet:

Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...

Övriga hushållsmedlemmar:

Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...
Fullständigt namn:	Personnummer:	Medborgarskap:	Uppehållstillstånd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum:...

Boendekostnad per månad: (Medtag hyreskontrakt, hyresavi, kvitto etc.)

Antal rum:	Antal boende i bostaden:	Hyra/boendekostnad:
Hyresvärd:		
Ingår uppvärmningskostnad i hyran? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ingår hushållsel i hyran? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Typ av bostad: <input type="checkbox"/> Hyreslägenhet med förstahandskontrakt <input type="checkbox"/> Egen bostadsrätt <input type="checkbox"/> Egen villa	Boendesituation: <input type="checkbox"/> Andrahandskontrakt <input type="checkbox"/> Inneboende <input type="checkbox"/> Hos föräldrar <input type="checkbox"/> Annat, ange vad:...	

Sysselsättning:**Sökande:**

Arbetar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange arbetsplats:..... Fr o m T om
Ange omfattningen: <input type="checkbox"/> Arbetar heltid <input type="checkbox"/> Arbetar deltid, ange procenten <input type="checkbox"/> Timanställning
Arbetssökande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Fr o m..... T om
Föräldraledig <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Fr o m..... T om
Pensionär/sjukpensionär <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Fr o m..... T om
Sjukskriven <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange procent Fr o m..... T om

Postadress
Perstorps kommun
284 85 Perstorp

Besöksadress
Torget 1
Telefon: 0435-390 00vxl
Fax: 0435-314 80

E-mail: Ekonomisktband@perstorp.se
Bankgiro: 206-3857
Organisationsnummer: 212000-0910
www.perstorp.se

Medsökande:

Arbetar		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange arbetsplats:.....	Fr o m T om
Ange omfattningen:		
<input type="checkbox"/> Arbetar heltid		
<input type="checkbox"/> Arbetar deltid, ange procenten		
<input type="checkbox"/> Timanställning.....		
Arbetssökande		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Fr o m..... T om
Föräldraledig		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Fr o m..... T om
Pensionär/sjukpensionär		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Fr o m..... T om
Sjukskriven		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange procent	Fr o m..... T om

Tidigare försörjningsstöd:

Har tidigare fått försörjningsstöd:	År/månad:	Kommun:
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

Anledning till ansökan: (Ange anledningen för båda sökande)

<input type="checkbox"/> Otillräcklig arbetsinkomst	<input type="checkbox"/> Arbetslöshet
<input type="checkbox"/> Väntar på sin första lön	<input type="checkbox"/> Otillräcklig a-kassa/alfa-kassa
<input type="checkbox"/> Barnet/barnen måste vårdas i hemmet	<input type="checkbox"/> Saknar barnomsorg
<input type="checkbox"/> Otillräcklig ersättning ange vilken.....	<input type="checkbox"/> Väntar ersättning, ange vilken.....
<input type="checkbox"/> Annan anledning?.....	

Utgifter per månad, ange belopp och lämna in angivet underlag:

<input type="checkbox"/> Hyra/boende kr, <i>Bifoga faktura och kvitto på betald hyra</i>
<input type="checkbox"/> Hemförsäkring kr, <i>Bifoga faktura och kvitto på betald kostnad och hemförsäkringsbrev</i>
<input type="checkbox"/> El kr, <i>Bifoga hela fakturan och kvitto på förra månadens betalning</i>
<input type="checkbox"/> Fackavgift, ej dragen på lön, a-kassa kr, <i>Bifoga kvitto på betalning</i>
<input type="checkbox"/> Resekostnad kr, <i>Bifoga kvitto på köpt busskort/biljett samt underlag som styrker syftet med resan</i>
<input type="checkbox"/> Sjukresor kr, <i>Bifoga biljett och kallelse samt kvitto på besöket</i>
<input type="checkbox"/> Barnomsorg kr, <i>Bifoga faktura och kvitto på betald kostnad</i>
<input type="checkbox"/> Läkarvård kr, <i>Bifoga stämplat högkostnadskort</i>

Postadress
Perstorps kommun

284 85 Perstorp

Besöksadress
Torget 1
Telefon: 0435-390 00vxl
Fax: 0435-314 80

E-mail: Ekonomisktband@perstorp.se
Bankgiro: 206-3857
Organisationsnummer: 212000-0910
www.perstorp.se

<input type="checkbox"/> Medicin kr, <i>Bifoga kvitto och receptspecifikation att medicin ingår i högkostnadsskyddet</i>
<input type="checkbox"/> Övrigt kr, <i>Bifoga underlag som styrker det du ansöker om</i>

Tillgångar - samtliga fält ska fyllas i !

Bankmedel/Sparkapital <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Aktier/obligationer <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Bil/släp (ange samtliga) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Märke/års modell:..... Inköpsdatum:.....
Bil/släp (ange samtliga) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Märke/års modell:..... Inköpsdatum:.....
Husvagn/Husbil <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Märke/års modell:..... Inköpsdatum:.....
Båt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Märke/års modell:..... Inköpsdatum:.....
Moped/Motorcykel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Märke/års modell:..... Inköpsdatum:.....
Fastighet/bostadsrätt/fritidshus <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Inköpsår/värde:.....
Annat <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Inköpsår/värde:.....
Barnens tillgångar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Belopp:.....

Inkomster per månad efter preliminär skatt: (Stryk under i vänstra rutan den inkomst som Du/Ni haft)

<i>Sökande:</i>	<i>2 månader tillbaka</i>	<i>1 månad tillbaka</i>	<i>Den sökta månaden</i>
Lön	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Sjukpenning/föräldrapenning	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
A-kassa	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Utbildningsbidrag/vuxenstudiestöd	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Pension//livränta/ barnpension/sjukersättning/ aktivitetsersättning	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Barnbidrag inkl. flerbarnsbidrag/ studiebidrag	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Bostadsbidrag/Bostadsersättning/Bostadstillägg	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Underhållsstöd/underhållsbidrag	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Studiemedel/studielån	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Tilläggsförsäkring, AMF, SPP SPV, etc	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr

Postadress
Perstorps kommun

284 85 Perstorp

Besöksadress
Torget 1
Telefon: 0435-390 00vxl
Fax: 0435-314 80

E-mail: Ekonomisktband@perstorp.se
Bankgiro: 206-3857
Organisationsnummer: 212000-0910
www.perstorp.se

Aktivitetsstöd	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Etableringsersättning inkl. Etableringstillägg	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Övriga inkomster t.ex. överskjutande skatt	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr

<i>Medsökande:</i>	<i>2 månader tillbaka</i>	<i>1 månad tillbaka</i>	<i>Den sökta månaden</i>
Lön	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Sjukpenning/föräldrapenning	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
A-kassa	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Utbildningsbidrag/vuxenstudiestöd	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Pension//livränta/ barnpension/sjukersättning/ aktivitetsersättning	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Barnbidrag inkl. flerbarnsbidrag/ studiebidrag	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Bostadsbidrag/Bostadsersättning/Bostadstillägg	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Underhållsstöd/underhållsbidrag	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Studiemedel/studielån	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Tilläggsförsäkring, AMF, SPP SPV, etc	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Aktivitetsstöd	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Etableringsersättning inkl. Etableringstillägg	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr
Övriga inkomster t.ex. överskjutande skatt	Datum: kr	Datum: kr	Datum: kr

Övrig information:

Postadress
Perstorps kommun

284 85 Perstorp

Besöksadress
Torget 1
Telefon: 0435-390 00vxl
Fax: 0435-314 80

E-mail: Ekonomisktband@perstorp.se
Bankgiro: 206-3857
Organisationsnummer: 212000-0910
www.perstorp.se

Lämnar Ni oriktiga uppgifter i ansökan eller underlåter att anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i ansökan, kan Ni åtalas för bedrägeri. Ni kan också bli skyldig att betala tillbaka det belopp som Ni erhållit på grund av oriktiga uppgifter.

Härmed försäkras på heder och samvete att uppgifterna i ansökan är korrekta och sanningsenliga. Jag/Vi tillåter att uppgifterna i ansökan kontrolleras av Socialtjänsten, hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassan, Migrationsverket, Skattemyndigheten, Kronofogden, Arbetsmarknadsenheten, Bilregister, SFI/andra utbildningsanordnare, Pantregister, Företagsregister, CSN, andra Socialförvaltningar, Patent- och registreringsverket samt Pensionsmyndigheten

Vi förbinder oss att till Socialtjänsten omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter, som lämnats i denna ansökan och som kan påverka vår rätt till försörjningsstöd

ANSÖKAN SKALL VARA UNDERTECKNAD AV BÅDA SÖKANDE

Ort:	Namnsteckning (sökande):
Datum:	Namnsteckning (medsökande):