



## ANSÖKAN AVSER

Försörjningsstöd enligt norm

Övrigt, nämligen .....

Handläggare: .....

## PERSONUPPGIFTER

Sökande: ..... Personnummer: .....

Medsökande: ..... Personnummer: .....

Barn i hushållet: ..... Personnummer: .....

Bostadsadress: ..... Telefon: .....

Postnummer: ..... Ort: .....

## HAR NÅGON FÖRÄNDRING SKETT SEDAN FÖREGÅENDE ANSÖKAN?

Vad gäller familjen? Ja  Nej  Om ja, vilken? .....

Vad gäller boendet? Ja  Nej  Om ja, vilken? .....

Vad gäller ekonomin? Ja  Nej  Om ja, vilken? .....

Vad gäller sysselsättning? Ja  Nej  Om ja, vilken? .....

Vad gäller sjukskrivning  
/föräldraledighet? Ja  Nej  Om ja, vilken? .....

Vilka åtgärder har Du gjort för att förbättra dina ekonomi sedan förra ansökan? .....

# INKOMST PER MÅNAD EFTER SKATT

## SÖKANDE

## MEDSÖKANDE

Lön	.....	.....
A-kassa/Alfa-kassa	.....	.....
Föräldrapenning	.....	.....
Barnbidrag/studiebidrag	.....	.....
Bostadsbidrag	.....	.....
Underhållsstöd	.....	.....
Aktivitetsstöd	.....	.....
Introduktionsersättning	.....	.....
Aktivitetsersättning/Sjukersättning	.....	.....
Sjukpenning	.....	.....
Ålderspension	.....	.....
Studiemedel	.....	.....
Andra inkomster	.....	.....
<b>TOTALT:</b>	.....	.....

## UTGIFTER

Boendekostnad .....	Fackavgift .....
Barnomsorg .....	Läkarvård .....
Hemförsäkring .....	Medicin .....
Elkostnad .....	Övrigt.....

## FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig att snarast anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Jag är medveten om att oriktiga uppgifter kan leda till åtal för bedrägeri samt medföra återbetalnings-skyldighet av de belopp som erhållits med stöd av de oriktiga eller ofullständiga uppgifterna.

Jag tillåter att socialtjänsten inhämtar de uppgifter som kan behövas för prövning av ansökan från nedanstående: (kryssa i)

**A-kassa, Arbetsförmedlingen, Bilregistret, Bostadsbolag/Hyresvärd, CSN, Försäkringskassan, Landstinget vid sjukskrivning, Patent och Registreringsverket, Skattemyndigheten samt SPV.**

Datum:

Datum:

Sökandes underskrift:

Medsökandes underskrift: