

SYSSELSÄTTNING (Ange nuvarande sysselsättning. Lämna in anställningsavtal om du är anställd och läkarintyg om du är sjukskriven. Om du är arbetssökande ska listan över sökta arbeten fyllas i).

Sökande

Medsökande

<input type="checkbox"/> Jag arbetar, arbetsgivare				<input type="checkbox"/> Jag arbetar, arbetsgivare			
Omfattning		%		Omfattning		%	
<input type="checkbox"/> Jag är sjukskriven, period		omfattning	%	<input type="checkbox"/> Jag är sjukskriven, period		omfattning	%
<input type="checkbox"/> Jag är föräldraledig <input type="checkbox"/> Jag studerar SFI				<input type="checkbox"/> Jag är föräldraledig <input type="checkbox"/> Jag studerar SFI			
<input type="checkbox"/> Jag har pension <input type="checkbox"/> Jag har sjuk-/aktivitetsersättning				<input type="checkbox"/> Jag har pension <input type="checkbox"/> Jag har sjuk-/aktivitetsersättning			
<input type="checkbox"/> Jag är arbetssökande				<input type="checkbox"/> Jag är arbetssökande			
Annan sysselsättning				Annan sysselsättning			

INKOMSTER OCH UTGIFTER (Samtliga inkomster och utgifter ska styrkas med aktuella underlag. Kryssa i rutan inkomst saknas om du saknar inkomst).

Inkomster

Sökande

Medsökande

Skäligen kostnader inom riksnorm

Inkomster	Sökande	Medsökande	Skäligen kostnader inom riksnorm	
Lön efter skatt			Boendekostnad	
A-kassa/Alfa kassa			Hushållsel	
Avtalsförsäkring (ex. AFA, AMF)			Hemförsäkring	
Aktivitetsstöd/Utvecklingsersättning			Arbetsresor	
Föräldrapenning			Medlemsavgift fackförening	
Pension/sjuk-/Aktivitetsersättning			Medlemsavgift A-kassa	
Bostadsbidrag/bostadstillägg				
Barnbidrag/flerbarnstillägg			Livsföring i övrigt	
Barnpension			Bredband	
Studiemedel/Studiehjälp			Barnomsorgsavgift	
Underhållsstöd/Vårdbidrag			Hemtjänstavgift	
Merkostnad-/handikappersättning			Övriga kommunala avgifter	
Efterlevandepension/Efterlevandestöd			Akut tandvård	
Etableringsersättning/Glappersättning			Patientavgift	
Sjukpenning/Rehabersättning			Sjukresor	
Överskjutande skatt			Medicin inom högkostnadsskyddet	
Annat inkomst (ex. spelvinst, gåva, insättning på kontot)			Övrigt	

INKOMST SAKNAS

Sökande

Medsökande

ANDRA ERSÄTTNINGAR (Har du ansökt om ersättning hos annan myndighet eller organisation exempelvis Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Arbetsförmedlingen, CSN eller A-kassan/Alfa kassan?)

Sökande: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, väntar beslut från:		Ersättning:	
		Ersättning:	
Medsökande: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, väntar beslut från:		Ersättning:	
		Ersättning:	

EKONOMISKA TILLGÅNGAR

<input type="checkbox"/> Bankmedel kr
<input type="checkbox"/> Värdepapper (Aktier, Fonder obligationer etc.)kr
<input type="checkbox"/> Fastighet/ Bostadsrätt	
<input type="checkbox"/> Fordon (ex bil/motorcykel/skoter/båt), antal	Uppskattat värde totalt: kr
<input type="checkbox"/> Fritidshus	
<input type="checkbox"/> Annan tillgång, ange vad	Uppskattat värde totaltkr
<input type="checkbox"/> Tillgångar saknas	

Är du delaktig i och/eller äger ett företag eller näringsverksamhet?

Sökande	Medsökande
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

UNDERSKRIFT/SAMTYCKE

Härmed försäkrar jag på heder och samvete att alla uppgifter jag lämnat i denna ansökan och i bilagor är sanningsenliga samt att jag inte utelämnat uppgifter som kan påverka min rätt till bistånd. Jag förbinder mig också att anmäla förändringar i min situation.

Med stöd av 11 kap 11§ Socialtjänstlagen (SoL) har socialnämnden rätt att ta del av uppgifter om förmån, ersättning eller annat stöd åt enskild hos Centrala studiestödsnämnden, Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och arbetslöshetskassorna.

Jag samtycker till att Socialnämnden, vid behov, har rätt att ta del av uppgifter från Arbetsförmedlingen, Skatteverket, Bilregister, Kronofogdemyndigheten och SFI. Om du inte lämnar samtycke kan det innebära svårigheter för Socialnämnden att fullfölja utredning i ditt ärende och därmed riskerar du att få avslag på din ansökan.

_____ Datum _____ Sökandes namnteckning _____ Datum _____ Medsökandes namnteckning

