

Ankomststämpel

Ansökan avser

År	Månad
----	-------

Personuppgifter sökande

Efternamn och förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon
Sökandes civilstånd <input type="checkbox"/> gift/registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> ensamstående	
Sökandes medborgarskap <input type="checkbox"/> svensk medborgare <input type="checkbox"/> utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd	
<input type="checkbox"/> utländsk medborgare med tidsbegränsat uppehållstillstånd	Fr.o.m. t.o.m. Beslutsklass

Medsökande finns (sambo, make, maka, registrerad partner)

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Efternamn och förnamn	Personnummer	Telefon
Medsökandes medborgarskap <input type="checkbox"/> svensk medborgare <input type="checkbox"/> utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd			
<input type="checkbox"/> utländsk medborgare med tidsbegränsat uppehållstillstånd	Fr.o.m.	t.o.m.	Beslutsklass

Barn under 18 år eller skolungdomar upp till 21 år i hushållet

Nej Ja

Barnets efternamn och förnamn	Personnummer	Folkbokförd på adressen ovan	Umgängesbarn
		<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"/>

Har du/ni ansökt om underhållstöd?
 Ja Nej

Datum för ansökan: Ange orsak:

Bostad

Typ av bostad			
<input type="checkbox"/> Egen hyreslägenhet med kontrakt	<input type="checkbox"/> Inneboende hos släkt	<input type="checkbox"/> Andrahandskontrakt	<input type="checkbox"/> Egen fastighet
<input type="checkbox"/> Egen bostadsrättslägenhet	<input type="checkbox"/> Inneboende hos annan	<input type="checkbox"/> Bor hos förälder/föräldrar	<input type="checkbox"/> På annat sätt
Totalt antal personer boende i bostaden:		Antal rum i boende:	
Har du/ni ansökt om bostadsbidrag?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	
Datum för ansökan:		Ange orsak:	

Jag/vi ansöker om försörjningsstöd för följande kostnader (gemensam kostnad skrivs en gång)

UTGIFTER	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	Förfalldatum	Kronor	Förfalldatum	Kronor
Boendekostnad				
El				
Hemförsäkring				
Bredband				
Barnomsorg				
Fackföreningsavgift				
A-kassa				
Arbets-/planeringsresor				
Övrigt				

Läkarvård

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Medicin

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Tandvård

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Övrigt

Avser vem i hushållet	Vad	Kronor

Har du arbetat det senaste året?

SÖKANDE
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ange datum för ansökan om A-kassa/Alfa-kassa:
Ange när beslut om ersättning fattades:
Om du inte kan få A-kassa/Alfa-kassa, ange varför:

MEDSÖKANDE
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ange datum för ansökan om A-kassa/Alfa-kassa:
Ange när beslut om ersättning fattades:
Om du inte kan få A-kassa/Alfa-kassa, ange varför:

Inkomster (Inkomster i Sverige och/eller utlandet nuvarande månad)

TYP AV INKOMST	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	Datum för inkomst	Belopp	Datum för inkomst	Belopp
Lön efter skatt				
Bostadsbidrag				
Barnbidrag				
Underhållsstöd				
Aktivitetsstöd				
Aktivitetsersättning				
Sjukersättning				
Sjukpenning				
Studiebidrag CSN				
Pension				
A-kassa				
Alfa-kassa				
Föräldrapenning				
Etableringsersättning				
Studielån CSN				
Vårdbidrag				
Efterlevandestöd				
Barnpension				
Äldreförsörjningsstöd				
Bostadstillägg				
Skatteåterbäring				
Insättningar/ överföringar				
Övriga inkomster				

Inkomster (Inkomster i Sverige och/eller utlandet de tre senaste månaderna)

TYP AV INKOMST	INKOMSTER SÖKANDE						INKOMSTER MEDSÖKANDE					
	Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3		Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3	
	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp
Lön efter skatt												
Bostadsbidrag												
Barnbidrag												
Underhållsstöd												
Aktivitetsstöd												
Aktivitetsersättning												
Sjukersättning												
Sjukpenning												
Studiebidrag CSN												
Pension												
A-kassa												
Alfa-kassa												
Föräldrapenning												
Etableringsersättning												
Studielån CSN												
Vårdbidrag												
Efterlevandestöd												
Barnpension												
Äldreförsörjningsstöd												
Bostadstillägg												
Skatteåterbäring												
Insättningar/överföringar												
Övriga inkomster												

Försörjningsstöd från annan kommun?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Ange period:	Fr.o.m.	t.o.m.
------------------------------	-----------------------------	--------------	---------	--------

Har någon i hushållet utmätning hos kronofogden?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------	-----------------------------

Utgifter (Tidigare utgifter kan påverka vid beräkning av försörjningsstöd, ange utgifter för de tre senaste månaderna i Sverige och/eller utlandet.)

TYP AV UTGIFT	UTGIFTER SÖKANDE						UTGIFTER MEDSÖKANDE					
	Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3		Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3	
	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp
Boende- kostnad												
El												
Hem- försäkring												
Bredband												
Barnomsorg												
Fackförenings- avgift												
A-kassa												
Arbets-/plan- eringsresor												
Övrigt												

Läkarvård

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Medicin

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Tandvård

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Andra utgifter

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Ekonomiska tillgångar

Har någon i hushållet följande:

Bankmedel, aktier, obligationer, fonder, kontanter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bil <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Båt, MC, husvagn, moped <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Företag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Bostadsrätt, villa, fastighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fritidshus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Konst, smycken eller andra realiserbara tillgångar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

SAMTYCKE

Jag samtycker till att kontakt tas med berörda parter avseende de utgifter som jag ansökt om för att min ansökan ska kunna utredas. Jag samtycker även till att inkomster från andra myndigheter och arbetsgivare kan tas med i beräkningen om de inte angetts i ansökan.

Ange eventuella undantag från ovan samtycke:

- Jag är införstådd i mina rättigheter och skyldigheter
- Jag försäkrar att jag är införstådd i hur informationen jag delgett kommer att hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR)
- Jag försäkrar att all information är riktig och är införstådd med att uppgifterna kan bli föremål för kontroll

Ort och datum	Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift
---------------	----------------------	-------------------------

Skicka din ansökan till Socialförvaltningen eller lämna in den till Medborgarservice. Du kan också lämna den till socialsekreteraren vid bokat besök.

POSTADRESS:

Burlövs kommun
Socialförvaltningen
Box 53
232 21 Arlov

BESÖK:

Medborgarservice
Kärleksgatan 6, Arlov