



ÖCKERÖ KOMMUN
SOCIALFÖRVALTNINGEN

Socialkontoret
475 80 Öckerö
031-97 62 00

GRUNDANSÖKAN EKONOMISKT BISTÅND

Fyll i ansökningsblanketten noggrant. Det är du själv som är ansvarig för att uppgifterna är riktiga och fullständiga.

ANSÖKAN AVSER

- Försörjningsstöd enligt Riksnorm
 Övrigt:

VISAD LEGITIMATION

- Sökande
 Medsökande

Ansökan avser period:

PERSONUPPGIFTER

- Ensamstående Sammanboende Registrerat partnerskap Gift

Sökandes för- och efternamn	Personnummer	
Sökandes mailadress	Sökandes telefonnummer	
Medsökandes för- och efternamn	Personnummer	
Medsökandes mailadress	Medsökandes telefonnummer	
Adress	Postnummer och ort	
Hemmavarande barns för- och efternamn	Personnummer	
Umgängesbarns för- och efternamn	Personnummer	Dagar

BOSTAD

- Hyresrätt Bostadsrätt/villa Bostadslös Övrigt:
 Inneboende Förstahandskontrakt Andrahandskontrakt: Möblerad Omöblerad

Kontraktsinnehavare	Hyresvärd
Inflyttningsdatum (och ev utflyttningsdatum)	Antal rum och kök samt kvadratmeter
Antal personer i bostaden	Har du någon inneboende <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Antal
Hyreskostnad per månad	<input type="checkbox"/> El ingår <input type="checkbox"/> Uppvärmning ingår <input type="checkbox"/> Vatten ingår <input type="checkbox"/> Sophämtning ingår

SYSSLESÄTTNING

	Sökande	Medsökande
Arbetar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
Arbetsgivare		
Studerar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan Skola:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan
Arbetslös	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan
Registrerad på Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan Handläggare:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan Handläggare:
Medlem i A-kassa	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Vilken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Vilken?
Sjukskriven	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
Föräldraledig	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan
Barnomsorg ordnad	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Kö sedan:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Aktivitets- eller Sjukersättning	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
Ålderspension	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan
F-skattsedel/ Registrerad firma	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Annat		

TILLGÅNGAR I HUSHÅLLET

	Sökande	Medsökande
Bankmedel, kontanter	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:
Bil, båt, MC, moped mm	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:
Aktier, obligationer	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:
Bostadsrätt, fastighet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:
Övrigt	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Summa:

INKOMSTER DE SENASTE 3 MÅNADERNA FÖR SAMTLIGA PERSONER I HUSHÅLLET

	Månad		Månad		Månad	
	Summa	Datum	Summa	Datum	Summa	Datum
Lön efter skatt						
A-kassa, Alfa-kassa						
Aktivitetsstöd						
Sjukpenning						
Föräldrapenning						
Bostadsbidrag						
Barnbidrag						
Studiebidrag						
Aktivitetsersättning						
Sjukersättning						
Pension (alla länder)						
Bostadstillägg						
Underhållstöd						
Övrigt:						
Övrigt:						

UTGIFTER DE SENASTE 3 MÅNADERNA FÖR SAMTLIGA PERSONER I HUSHÅLLET

	Månad	Månad	Månad
Hyra			
Elkostnad			
Hemförsäkring			
Lokala resor			
A-kasseavgift			
Sjukvård			
Läkemedel			
Akut tandvård			
Övrigt:			
Övrigt:			
Övrigt:			
Övrigt:			

Övrig information:

UTBETALNING

Kontoinnehavare	Bank
Clearingnummer	Kontonummer

KONTROLLER

Socialtjänsten har enligt lag rätt att inhämta vissa uppgifter från andra myndigheter. Det gäller CSN, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Skatteverket, arbetslöshetskassorna och Pensionsmyndigheten.

Jag godkänner att Socialtjänsten även vid behov inhämtar information från nedanstående:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Socialtjänst i annan kommun | <input type="checkbox"/> Hyresvärd | <input type="checkbox"/> Elbolag |
| <input type="checkbox"/> Transportstyrelsen | <input type="checkbox"/> Kriminalvården | <input type="checkbox"/> Köansvarig vid barnomsorgen |
| <input type="checkbox"/> Hälso-/sjukvård | <input type="checkbox"/> Kronofogdemyndigheten | <input type="checkbox"/> Inkassobolag |
| <input type="checkbox"/> Vuxenutbildningen/SFI | <input type="checkbox"/> Arbetsgivare | <input type="checkbox"/> _____ |

FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och sanningsenliga. Jag är skyldig att meddela förändringar i de uppgifter som lämnats på denna blankett. Socialtjänsten är skyldig att anmäla till polis/åklagarmyndighet om det kan misstänkas att brott begåtts.

Jag har fått information om rätten till ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen. Nej Ja

Jag har förstått informationen utan hjälp av tolk. Nej Ja Tolk har översatt Nej Ja

Datum	Datum
Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift

