

Ansökan (fyll i alla fält i ansökan som du kan fylla i för att undvika begäran om komplettering)

Jag/Vi ansöker om försörjningsstöd för, månad:

Personuppgifter

Sökandes för- och efternamn	Personnummer	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Nationalitet
Medsökandes för- och efternamn	Personnummer	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo	Nationalitet
Gatuadress	Postnummer och postadress		
Telefon bostad	Mobiltelefon sökande/medsökande /		
Hemmavarande barn, för- och efternamn	Personnummer	Om Du/Ni har deltidsboende barn, ange hur mycket de bor hos Dig/Er per månad	
Har något/några av barnen egna inkomster eller sparade pengar? Om ja, vad och hur mycket?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Boende

Antal rum och kök + kvadratmeter	Antal boende i bostaden	<input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Egen fastighet	Månadshyra
Hyresvärd	Kontraktssinnehavare	Ingår elkostnaden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Sysselsättning/Utbildning

Sökande

Sysselsättning t.ex. arbete, praktik, arbetssökande, sjukskrivning	Utbildning <input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Eftergymnasial utb.	
Nästa tid på Arbetsförmedlingen bokad, datum:	Är du medlem i någon arbetslöshetskassa? Vilken?	Sökt ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Medsökande

Sysselsättning t.ex. arbete, praktik, arbetssökande, sjukskrivning	Utbildning <input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Eftergymnasial utb.	
Nästa tid på Arbetsförmedlingen bokad, datum:	Är du medlem i någon arbetslöshetskassa? Vilken?	Sökt ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Socialförvaltningens anteckningar

--

Information om behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen, PuL:

Socialförvaltningen behandlar dina personuppgifter. Du har rätt att få besked från socialförvaltningen om hur personuppgifterna behandlas. Du ska då skriva ner att du vill ansöka om att få information om socialförvaltningens personuppgifter om dig enligt 26 § personuppgiftslagen. Du ska skriva under ansökan och lämna den till socialförvaltningen. Om du upptäcker fel i uppgifterna eller anser att de inte är relevanta ska du meddela oss det. Vi är skyldiga att rätta uppgifter som är felaktiga eller inte har ett berättigat ändamål.

Inkomster – närmast föregående månad, efter skatt. Skriv summa på varje rad, 0:- där du inte har någon inkomst.

Typ av inkomst	Sökande	Medsökande
Lön		
Arbetslöshetsersättning (a-kassa)		
Sjukpenning/Föräldrapenning		
Pension/Sjukersättning/Aktivitetsersättning inkl. bostadstillägg		
Aktivitetsstöd/Utvecklingsersättning		
Afa-försäkring		
Bostadsbidrag		
Barnbidrag/Flerbarnstillägg		
Underhållsstöd		
Barpension		
Studiebidrag		
CSN (bidrag+lån)		
Övriga inkomster*		
Övriga inkomster*		
Nästa inkomst, summa och datum		

* = T.ex. skatteåterbäring, avgångsvederlag, hyresintäkt, vårdbidrag, handikappersättning, arvoden, introduktionsersättning, etableringsersättning, arv, vinst, försäljning, gåva, skadestånd, alla inkomster ska anges

Tillgångar

Har Du/Ni bil, MC eller annat fordon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, registreringsnummer:	Fordonets/fordonens värde:
Har Du/Ni övriga tillgångar (t.ex. bankmedel, aktier, fonder)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vad och värde?	
Har du/Ni övriga tillgångar (t.ex. hus, sommarstuga, båt annat)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vad och värde?	

Utgifter försörjningsstöd – enligt bifogade fakturor och kvitton

Hyra/Boendekostnad	Kronor	
Hushållsel		
Hemförsäkring		
Fackavgift/Arbetslöshetskassa	Sökande	Medsökande
Arbetsresor, antal dagar och km per dag	Dagar Km	Dagar Km

Utgifter annat ekonomiskt bistånd – enligt fakturor och kvitton

Medicin inom högkostnadsskyddet	Kronor
Läkarvård	
Barnomsorgsavgift	
Umgänge med barn – bifoga intyg och specificera datum	Antal hela dygn
Övrigt	
Övrigt	

Konto – till eventuellt bistånd ska inbetalas

Bank:	Clearing nummer	Kontonummer
-------	-----------------	-------------

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig att snarast anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Jag godkänner uppgiftskontroll hos Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Arbetslöshetskassa, Skatteförvaltning, bilregister och CSN.	
Underskrift och datum, sökande	Underskrift och datum, medsökande

Skicka ansökan till: Vimmerby kommun, Socialförvaltningen, 598 81 Vimmerby