|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | | | Datum | | | | Handläggare | | | |
|  | |  |  | | | |  | | | |  | | | |
| **Personuppgifter** | | | | | | | | | | | | | | |
| Sökande | | | | | | | Nationalitet | | | | Personnummer | | | |
| Medsökande | | | | | | | Nationalitet | | | | Personnummer | | | |
| Telefon sökande | | | | | | | Telefon medsökande | | | | | | | |
| E-post | | | | | | | | | | | | | | |
| Civilstånd  Ensamstående Sambo Gift | | | | | | | Tolkbehov  Nej Ja | | | | Språk | | | |
| **Om nedanstående barn har umgänge behöver avtal inlämnas, alternativ samtycke för att samtal med barnens andra vårdnadshavare.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Barn 1 (vid fler barn skriv under övrig information) | | | | | Umgängeantal dagar | | Skola/förskolas namn | | | | Personnummer | | | |
| Barn 2 | | | | |  | |  | | | |  | | | |
| Barn 3 | | | | |  | |  | | | |  | | | |
| Barn 4 | | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bostad** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kopia på hyresavtal och den senaste hyresavin ska inlämnas. Inneboendekontrakt ska räknas enligt Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:9) § 24.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Adress | | | | | | | Postadress | | | | | | | |
| Hyresrätt Andrahand Bor hos föräldrar Inneboende Bostadsrätt Villa/radhus Bostadslös | | | | | | | | | | | | | | |
| Antal boende i bostaden | | Antal rum | m² | | | | Hyresvärd | | | | | | | |
| Vem står för kontraktet? | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sysselsättning** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vid arbete, utbildning eller annan sysselsättning ska anställningsavtal, antagningsbesked eller annat intyg redovisas. Vid sjukskrivning ska aktuellt medicinskt underlag redovisas.** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Sökande | | | | | | Medsökande | | | | | |
| Arbete | | | Ja, arbetsplats:  Nej | | | | | | Ja, arbetsplats  Nej | | | | | |
| Arbetssökande, anmäld hos Arbetsförmedlingen. **Fyll även i stycket sökta arbete på sida 4** | | | Ja, anmäld sedan:  Handläggare:  Senaste kontakt:  Nej | | | | | | Ja, anmäld sedan:  Handläggare:  Senaste kontakt:  Nej | | | | | |
| Studerande | | | Ja, utbildning  Nej | | | | | | Ja, utbildning  Nej | | | | | |
| Sjukskriven, med  medicinskt underlag | | | Ja, till och med  Nej | | | | | | Ja, till och med  Nej | | | | | |
| Annan Om ja, vad? | | | Ja,  Nej | | | | | | Ja,  Nej | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **VAD söker Du/Ni ekonomiskt bistånd till? Skriv X och summa. Bifoga faktura/Kvitto!** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kostnader** | | **Kronor** | | | | | **Kostnader** | | | | **Kronor** | | | |
| Riksnorm: fast norm för mat, fritidsaktivitet, telefon och kläder mm | | | | | | | El | | | | KR | | | |
| Hyra | | KR | | | | | Barnomsorg | | | | KR | | | |
| Arbetsresor/Busskort | | KR | | | | | Fackavgift/A-kassa | | | | KR | | | |
| Läkare | | KR | | | | | Hemförsäkring | | | | KR | | | |
| Medicin | | KR | | | | | Annat/övrigt | | | | KR | | | |
|  | | | | | | | Ange: (Skriv i rutan övrig information om det behövs) | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Inkomster, ange belopp** | | | Inkomster saknas | | | | | | | | | | | |
| **Kontoutdrag tre månader tillbaka på alla konton i familjen ska lämnas in samt kontosammanställning.** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Denna månad | | | | | Förra månaden | | | | Två månader tillbaka | | | |
|  | | Sökande | Medsökande | | | | Sökande | | Medsökande | | Sökande | | Medsökande | |
| A-kassa | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Aktivitetsstöd | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Barnbidrag | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Bostadsbidrag | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Etabl.ersättning | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Föräldrapeng | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Lön | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Pension | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Sjukersättning | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Aktiv.ersättning | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Sjukpenning | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Swish | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Underhållsstöd | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| Övriga inkomster | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Har någon i hushållet utmätning via Kronofogden?** | | | | | | Nej | | | | Ja- storlek på skuld? | | | | |
| **Har du/ni ekonomiska tillgångar**  (till exempel bil, motorcykel, moped, båt, husvagn, bostadsrätt, fastighet, bankmedel, eget företag, aktier, obligationer, tillgångar i utlandet) Tillgångar ska uppges oavsett ekonomiskt värde. Skriv under övrigt om rutan inte räcker till. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kontroll görs hos bilregistret, Företagsregistret och Skattekontoret** | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, jag/vi har följande ekonomiska tillgångar:  Vad:  Värde:  Skriv i rutan övrig information om det behövs) | | | | | | | Nej, jag/vi har inga ekonomiska tillgångar | | | | | | | |
| **Ansökan om förmån/ersättning hos annan myndighet eller organisation**  Har du/ni ansökt om någon förmån/ersättning/stöd/bidrag från Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, CSN,  Arbetsförmedlingen, a-kassa/Alfa-kassan, försäkringsbolag eller annan och väntar på att få ett beslut? **Ta med kopia på ansökan** | | | | | | | | | | | | | | |
| Sökande | | | | | | | Medsökande | | | | | | | |
| Ja, jag väntar på beslut från:  Nej | | | | | | | Ja, jag väntar på beslut från:  Nej | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Övrig information** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Behandling av personuppgifter** | | | | | | | | | | | | | | |
| Vi behöver spara och behandla dina personuppgifter,  • Namn  • Adress  • E-postadress  • Personnummer  • Mobilnummer  • Hälsouppgift  • Vårdnadshavare  • Bild som kan kopplas till en fysisk person  • Tolkbehov  Syftet med behandlingen är för att när du har skickat in ditt ärende till kommunen, registreras de personuppgifter som du har uppgett, i kommunens ärendehanteringssystem. Ändamålet med behandlingen av personuppgifterna är att kommunen ska kunna fullfölja sitt uppdrag som myndighetsutövare, samt kunna ge så bra och rättssäker service som möjligt vid handläggningen av ditt ärende. Vid behandlingen av personuppgifterna tillämpas gällande integritetslagstiftning. | | | | | | | | | | | | | | |
| Jag/Vi är informerade om att våra personuppgifter hanteras enligt EU:s dataskyddsförordning, GDPRJa Nej | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Försäkran och underskrift** | | | | | | | | | | | | | | |
| **- Jag intygar** att uppgifterna lämnade i ansökan är korrekta och sanningsenliga samt att jag förstått vad jag undertecknar.  **- Jag förbinder mig** att till socialkontoret anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min rätt till ekonomiskt bistånd.  **- Jag samtycker till** att uppgifter i min ansökan får kontrolleras hos Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Arbetsförmedlingen, Bilregistret, Företagsregistret, CSN, Skattekontoret, arbetslöshetskassan och Alfa-kassan. Detta fråntar inte mig mitt eget ansvar och min skyldighet att lämna fullständiga uppgifter som kan påverka rätten till ekonomiskt bistånd.  **- Jag är medveten om** att felaktigt lämnade uppgifter kan betraktas som bidragsbrott, vilket kan leda till polisanmälan och återbetalningskrav. | | | | | | | | | | | | | | |
| Jag/Vi har fått information angående ekonomiskt bistånd Ja Nej | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort och datum | | | Namnteckning sökande | | | | | | | | | | | |
| Ort och datum | | | Namnteckning medsökande | | | | | | | | | | | |
| **Vi har 5 arbetsdagar på oss att handlägga ansökan, samt 2-3 dagar för ev. utbetalning till den 27 varje månad.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sökta arbeten, fylls i om du är arbetslös.** | | | | | | | | | | | | | |
| Sökande | | | | | | | | | | | | | |
|  | Datum | Arbete | | Namn på kontakt | | | | Telefonnummer | | | | Ort | |
| 1 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 2 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 3 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 4 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 5 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 6 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 7 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 8 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 9 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 10 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| Medsökande | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 2 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 3 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 4 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 5 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 6 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 7 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 8 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 9 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 10 |  |  | |  | | | |  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vilka arbetsgivare har ni anmält intresse hos och lämnat CV** | | | | | | |
|  | Datum | Arbete | Namn på kontakt | | Telefonnummer | Ort |
| Sökande |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| Medsökande |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| **Har ni varit på någon anställningsintervju?** | | | | | | |
|  | Datum | Arbete | Namn på kontakt | | Telefonnummer | Ort |
| Sökande |  |  |  | |  |  |
| Medsökande |  |  |  | |  |  |
| **Har ni sökt praktikplats hos någon arbetsgivare?** | | | | | | |
|  | Datum | Arbete | Namn på kontakt | | Telefonnummer | Ort |
| Sökande |  |  |  | |  |  |
| Medsökande |  |  |  | |  |  |
| **Har ni haft kontakt med annan myndighet angående ditt arbetssökande?** | | | | | | |
| Datum | | Vem | | Anledning | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |