|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fyll i ansökan denna sida | | | | | | | | Datum | | | Handläggare | | | |
| Fyll i sökta arbeten på baksida | | | | | | | |
| **Vi har 5 arbetsdagar på oss att handlägga ansökan, samt 2-3 dagar för ev. utbetalning till den 27 varje månad.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personuppgifter** | | | | | | | | | | | | | | |
| Sökande | | | | | | | | | | | Personnummer | | | |
| Medsökande | | | | | | | | | | | Personnummer | | | |
| Civilstånd  Ensamstående Sambo Gift | | | | | Antal barn | | | Tolkbehov  Nej Ja | | | Språk | | | |
| Några förändringar: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bestämmelser angående ekonomiskt bistånd**  Vid ekonomiskt bistånd är du skyldig att lämna sanningsenliga och fullständiga uppgifter. Detta gäller både din och medsökandes ekonomi och andra omständigheter, som kan vara av betydelse vid prövning av din ansökan. Du skall även anmäla ändrade förhållanden, såsom boende, erhållet arbete och varje slags inkomst, liksom varje annan förändring som kan påverka ditt behov av hjälp. Vi kontrollerar uppgifter hos; Försäkringskassan, Skattemyndigheten, Bilregistret, Arbetsförmedlingen, CSN, A-kassa, Bolagsverket. Du har rätt till insyn och kan kräva registerutdrag på de uppgifter som finns registrerade i socialregistret gällande dig. | | | | | | | | | | | | | | |
| **VAD söker Du/Ni ekonomiskt bistånd till? Skriv summa och bifoga Kvitto.** | | | | | | | | **VILKA Inkomster, har Du/Ni haft. Skriv summa och bifoga kontoutdrag för en månad tillbaka** | | | | | | |
| Riksnorm (norm för mat, fritid, hygien och kläder mm) | | | | | | | | Inkomster saknas | | |  | |  | |
| Hyra | | | Kronor | | | | |  | | | Sökande | | Medsökande | |
| El | | | Kronor | | | | | A-kassa | | | KR | | KR | |
| Hemförsäkring | | | Kronor | | | | | Aktiv./sjukersättning | | | KR | | KR | |
| Arbetsresor/Busskort | | | Kronor | | | | | Aktivitetsstöd | | | KR | | KR | |
| Fackavgift/A-kassa | | | Kronor | | | | | Barnbidrag | | | KR | | KR | |
| Barnomsorg | | | Kronor | | | | | Bostadsbidrag | | | KR | | KR | |
| Läkare | | | Kronor | | | | | CSN | | | KR | | KR | |
| Medicin | | | Kronor | | | | | Etabl.ersättning | | | KR | | KR | |
| Annat/övrigt | | | Kronor | | | | | Föräldrapeng | | | KR | | KR | |
| Ange: | | | | | | | | Lön | | | KR | | KR | |
| Pension | | | KR | | KR | |
|  | | | | | | | | Sjukpenning | | | KR | | KR | |
| Swish | | | KR | | KR | |
| Underhållsstöd | | | KR | | KR | |
| Övriga inkomster | | | KR | | KR | |
| Överföringar | | | KR | | KR | |
| **Försäkran och Underskrift** | | | | | | | | | | | | | | |
| Jag/Vi försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga samt förbinder mig/oss att genast meddela Socialtjänsten förändringar i lämnade uppgifter. Jag/Vi godkänner att ovanstående uppgifter kontrolleras. Jag/Vi är också medvetna om att felaktigt lämnade uppgifter kan leda till åtal för misstänkt bedrägeri. | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort och datum | | | | | | | Namnteckning sökande | | | | | | | |
| Ort och datum | | | | | | | Namnteckning medsökande | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |
| Sökande | | | | | | | | Underskrift | | | | |
|  | Datum | | Arbete | | Namn på kontakt | | | | Telefonnummer | | Ort | |
| 1 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 2 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 3 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 4 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 5 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 6 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 7 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 8 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 9 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 10 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| Medsökande | | | | | | | | Underskrift | | | | |
| 1 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 2 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 3 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 4 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 5 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 6 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 7 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 8 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 9 |  | |  | |  | | | |  | |  | |
| 10 |  | |  | |  | | | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vilka arbetsgivare har ni anmält intresse hos, lämnat Cv mm** | | | | | | |
|  | 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 | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |