



SOCIALA AVDELNINGEN  
INDIVID- OCH FAMILJEOMSORGEN  
BOX 100, 796 22 ÄLVDALEN  
0251-313 00

Återbesök  
**EKONOMISKT BISTÅND**

Besökstid:.....  
Handläggare:.....  
Direkttelefonnummer:.....

Ansökan utskickad:	Ansökan inkom:
--------------------	----------------

**När ni söker ekonomiskt bistånd medtages följande handlingar:**  
Verifikationer på samtliga familjemedlemmars inkomster för den senaste månaden.  
Kvitto för ev. läkekostnader och medicin.  
Läkarintyg vid sjukskrivning.  
Hyresavi.

**1. Vad söker ni ekonomiskt bistånd till?**


**2. Personuppgifter**

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	<input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående
Medsökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	<input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående

Hemmavarande barn, antal

0 år	1-2 år	3 år	4-6 år	7-10 år	11-14 år	15-18 år	19-21 år gymnasiestud.

**3. Har någon förändring skett sedan föregående ansökan om ekonomiskt bistånd;**

Vad gäller familjesituationen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Vad gäller boendet?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Vad gäller den ekonomiska situationen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Vad gäller sysselsättningen?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?

**4. Inkomster efter skatt****Sökande****Medsökande**

Ange 0 då aktuell inkomst saknas	Månad:	Månad:
Lön		
Föräldra-/sjukpenning Pension/sjukersättning/livränta		
Arbetslöshetsersättning		
Barnbidrag + flerbarnstillägg		
Studiebidrag		
Bostadsbidrag		
Underhållsstöd		
Samtliga övriga inkomster*		
<b>Summa inkomster</b>		

\*tex skatteåterbäring, avgångsvederlag, garantilön, studiemedel, hyresinkomster, vårdbidrag, familjehems- och kontaktpersonarvode, traktamente

**5. Kostnader**

Hyra/boendekostnad	
Hushållsel	
Barnomsorgsavgift	
Hemförsäkring	
Arbetsresor	
Fackföreningsavgift då den ej dras på lön	
Läkarvård	
Övrigt	
<b>Summa kostnader</b>	

**6. Kontroller**

För att utredning ska kunna fullgöras godkänner jag att kontroller görs hos: försäkringskassan, arbetsförmedlingen, bilregistret, arbetslöshetskassa och skattemyndigheten.  Ja  Nej

**7. Försäkran och underskrift**

Jag intygar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag förbinder mig att meddela alla förändringar i lämnade uppgifter. Jag är medveten om att oriktiga uppgifter kan leda till åtal för bedrägeri samt medföra återbetalningsskyldighet av belopp som erhållits med stöd av oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Datum	Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift
-------	----------------------	-------------------------