



Socialkontoret

475 80 Öckerö

☎ Kommunhuset vx 97 62 00

**ÅTERANSÖKAN
EKONOMISKT BISTÅND**

Ansökan avser

År	Månad	Handläggare
----	-------	-------------

Personuppgifter

Namn	Personnummer	
Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Antal personer
Telefonnummer	E-post	i hushållet
Hemmavarande barn	Personnummer	Antal dagar*
Hemmavarande barn	Personnummer	Antal dagar*
Hemmavarande barn	Personnummer	Antal dagar*

* För umgängesbarn ange antal dagar barnen vistas i hushållet under kommande månad

Inkomster sökande (efter skatt)

Typ av inkomst	Belopp	Datum
Lön		
A-kassa/Alfa-kassa		
Bostadsbidrag		
Barnbidrag/studiebidrag		
Sjukpenning		
Föräldrapenning		
Underhållsstöd		
Sjuk-/Aktivitetsersättning		

Medsökande

Belopp	Datum

Utgifter – boendekostnad (skall styrkas med underlag, exempelvis kvitto eller faktura)

Typ av utgift	Belopp	Förfalldatum
Hyra		
El / Uppvärmning		
Vatten		
Renhållning		
Fackförening		
Arbetsresor		
Hemförsäkring		
Läkarvård		

Övriga utgifter (skall styrkas med underlag, exempelvis kvitto eller faktura)

Typ av utgift	Belopp	Förfalldatum
Medicin		
Tandvård		

Arbetslös (Af = Arbetsförmedling)

Med vem har du kontakt med på Af	När hade du senaste kontakten med Af	När har du nästa kontakt med Af
Vilka arbeten har du sökt senaste månaden? <u>Bifoga en lista på sökta arbeten</u>		

Sjukskriven (bifoga läkarintyg)

Sjukskrivning fr o m – t o m	Kontakt med Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Med vem har du kontakt på Försäkringskassan
	Kontakt med vården <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Namn på vårdgivare

Vad har jag gjort den senaste månaden för att själv bidra till min försörjning?

Förändrade förhållanden?

Kontroller

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

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Personuppgifterna i ansökan kommer att behandlas enligt 10 § Personuppgiftslagen i Individ och familjeomsorgens datasystem.

Sökande

Datum	Underskrift	Telefon
-------	-------------	---------

Medsökande

Datum	Underskrift	Telefon
-------	-------------	---------

Anteckningar
