



SÄFFLE KOMMUN

Socialförvaltningen
Järnvägsgatan 13
661 80 Säffle

Ansökan om ekonomiskt bistånd

- medtages vid besök

/ kl.

Telefontid helgfria vardagar 8.30-9.30

Direktval: 0533-68 1__

Handläggare

Ansökan avser

Försörjningsstöd till skälig levnadsnivå enligt norm för månad 2020

Övrigt (enligt särskild prövning), ange vad:

Personuppgifter

Tilltalsnamn och efternamn – sökande A	sammanboende	Personnummer
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tilltalsnamn och efternamn – sökande B	sammanboende	Personnummer
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hemmavarande barn, tilltalsnamn och efternamn	gemensamma	Personnummer
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Bostad

Adress	Telefon
	e-mail

Eget kontrakt <input type="checkbox"/>	Lägenhet i 2:a hand <input type="checkbox"/>	Egen fastighet <input type="checkbox"/>	Bor hos föräldrar <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>	Antal personer i boendet:	Antal rum:
Hyresvärd			Hemförsäkringsbolag			

Sökande A - sysselsättning mm

Arbetsgivare eller skola			
Arbetar/studerar <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid _____ tim/vecka		From - tom	
Egen firma/registrerad firma/delägare (om ja, sedan när samt namn)			
Arbetslös sedan när?	Kontakt på AF (namn + tfn)	Datum för senaste besök	Datum för nästa besök
Medlem i arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Vilken A-kassa (namn + tfn)	Berättigad till A-kassa <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Fr.o.m. – t.o.m.
Annan sysselsättning eller försörjning (pension, sjukskrivning m m)	Vilken vårdkontakt (namn + tfn)	Fr.o.m. – t.o.m.	
Sysselsättning eller försörjning dessförinnan			Fr.o.m. – t.o.m.

Sökande B - sysselsättning mm

Arbetsgivare eller skola			
Arbetar/studerar <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid _____ tim/vecka		From - tom	
Egen firma/registrerad firma (om ja, sedan när samt namn)			
Arbetslös sedan när?	Kontakt på AF (namn + tfn)	Datum för senaste besök	Datum för nästa besök
Medlem i arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Vilken A-kassa (namn + tfn)	Berättigad till A-kassa <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Fr.o.m. – t.o.m.
Annan sysselsättning eller försörjning (pension, sjukskrivning m m)	Vilken vårdkontakt (namn + tfn)	Fr.o.m. – t.o.m.	
Sysselsättning eller försörjning dessförinnan			Fr.o.m. – t.o.m.

Inkomster per månad efter skatt – bifoga alltid inkomstbesked för de två senaste månaderna	Inkomstperiod				Inkomstperiod			
	dag	Sökande A	dag	Sökande B	dag	Sökande A	dag	Sökande B
Lön inklusive förskott								
Aktivitetsstöd								
Arbetslöshetskassa, Alfakassa								
Sjukpenning, föräldrapenning								
Pension, sjukbidrag, aktivitetsersättning								
Livränta, annan pension t.ex. AFA SPV								
Studiemedel								
Bostadsbidrag								
Barnbidrag, flerbarnstillägg, studiehjälp								
Underhållsstöd								
Barnpension								
Vårdbidrag								
Etableringsersättning								
Andra inkomster Ange vad								

Tillgångar	Värde
<input type="checkbox"/> Bankmedel	
<input type="checkbox"/> Fonder eller aktier	
<input type="checkbox"/> Bil, båt eller MC	
<input type="checkbox"/> Fritidshus eller husvagn	
<input type="checkbox"/> Bostadsrätt eller fastighet	
<input type="checkbox"/> Övrigt ange vad	
<input type="checkbox"/> Tillgångar saknas	

Utgifter – ska styrkas med räkning eller kvitto	Sökande A	Sökande B
Hyra		
Elkostnad		
Läkarbesök		
Medicinkostnad		
Barnomsorg		
Hemförsäkring		
Arbetsresor		
Fackföreningsavgift		
Bredband		
Övrigt, ange vad		

Uppgift om bankkonto

Bank: Clearingnummer Kontonummer
-------------	-------------------------	----------------------

Försäkran och underskrift – oriktiga uppgifter kan medföra polisanmälan

Jag samtycker att kontakt tas med:	Försäkringskassan	Arbetsförmedlingen	Arbetslöshetskassan	Arbetsmarknadsnheten	Pensionsmyndigheten	Skatteverket	Centrala studiestödsnämnden	Hyresvärden	Sjukvården	Annan kontakt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/ort	Sökandens underskrift	Medsökandens underskrift
-----------	-----------------------	--------------------------

Socialtjänsten har sedan den 1 augusti 2007 skyldighet att anmäla till polis eller åklagarmyndighet, om man i sin verksamhet får kännedom om bidragsbrott mot Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Centrala studiestödsnämnden, Arbetsförmedling, Arbetslöshetskassor eller kommun.

Den 25 maj 2018 ersattes personuppgiftslagen med dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information om hur Säffle kommun behandlar dina personuppgifter får du genom information på Säffle kommuns hemsida, saffle.se.

ÄR ANSÖKAN OFULLSTÄNDIGT IFYLLD SÄNDS DEN TILLBAKA FÖR KOMPLETTERING!