



Återansökan ekonomiskt bistånd

| | | | |
|----------------|----|-------|-------------|
| Ansökan avser: | År | Månad | Handläggare |
|----------------|----|-------|-------------|

Personuppgifter

| | |
|---------------|--------------|
| Förnamn | Efternamn |
| Telefonnummer | Personnummer |

Personuppgifter ev medsökande

| | |
|---------------|--------------|
| Förnamn | Efternamn |
| Telefonnummer | Personnummer |

Hemmavarande barn/umgängesbarn

(för umgängesbarn – ange antal nätter barnen vistas i hushållet under den månad ansökan avser)

| | | | |
|---------|-----------|--------------|--------------|
| Förnamn | Efternamn | Personnummer | Antal nätter |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer | Antal nätter |

Om fler barn finns i hushållet, fyll på under "Övriga upplysningar"

Inkomst senaste månaden

För alla inkomster (utom CSN) ska visas lönebesked, utbetalningsavi eller motsvarande

| Typ av inkomst (netto, efter skatt) | Sökande | | Medsökande | |
|--|---------|-------|------------|-------|
| | Belopp | Datum | Belopp | Datum |
| Lön | | | | |
| A-kassa/ALFA | | | | |
| Aktivitetsstöd | | | | |
| CSN | | | | |
| Sjukpenning | | | | |
| Föräldrapenning | | | | |
| Sjukersättning/Aktivitetsersättning | | | | |
| Bostadsbidrag | | | | |
| Barnbidrag | | | | |
| Underhållsstöd | | | | |
| Övrigt | | | | |

Övriga upplysningar:

Du måste uppge om några viktiga förändringar uppstått, som kan påverka ansökan, t ex familjesammansättning, byte av bostad eller liknande

Omsorgsförvaltningen



Utgifter för hushållet (ska redovisas med kvitto, faktura eller liknande)

| Utgifter | Belopp | Betalningsdag (förfallodatum) |
|--|--------|-------------------------------|
| Hyra | | |
| El - förbrukning | | |
| El - nät | | |
| Hemförsäkring Försäkringsbolag Försäkringsnummer | | |
| Barnomsorgsavgift | | |
| Internetkostnad | | |
| Fackföreningsavgift | | |
| Medicin | | |
| Sjukvård | | |
| Resor | | |
| Övrigt | | |

Sysselsättning

De arbeten du sökt ska redovisas på separat blankett "Redovisning av sökta arbeten"

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
| Arbetslös <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande | Kontaktperson på Af | Datum för senaste kontakt med Af | Datum för nästa kontakt med Af |
| Sjukskriven <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande | Fr o m T o m Om du är sjukskriven; bifoga aktuellt läkarintyg | Kontakt m F-kassan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Kontaktperson på F-kassan |
| Utbildning | <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande | | |
| Praktik | <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande | | |
| Annat | <input type="checkbox"/> Sökande Ange vad: <input type="checkbox"/> Medsökande | | |

Jag lämnar kopior på mina kvitton/underlag till min handläggare snarast

Försäkran och underskrift

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga, och jag/vi förbinder oss att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.
Jag/vi är medvetna om att oriktiga uppgifter kan medföra polisanmälan.

| | | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------------|--------------|
| Ort | Namnteckning | Namnförtydligande | |
| Datum | Namnteckning medsökande | Namnförtydligande medsökande | |
| Bankkonto nr: | Clearingnummer | Kontonummer | Bankens namn |

De personuppgifter som du lämnar till oss behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen.

Mer information om vad detta innebär för dig hittar du på kommunens hemsida, tanum.se/integritetspolicy.

Omsorgsförvaltningen