



| |
|-----------------|
| Ankomstdatum |
| Ärendebilaga nr |
| Handläggare |
| Personnummer |
| Personnummer |
| Telefonnummer |

| | |
|----------|-------|
| Avser år | Månad |
|----------|-------|

| | | |
|------------------|---------------|---------------|
| Sökandes namn | | Personnummer |
| Medsökandes namn | | Personnummer |
| Antal barn | Barnens ålder | |
| | år | år |
| | år | år |
| | år | år |
| | år | år |
| Adress | Postadress | Telefonnummer |

| Inkomster | Sökande | Datum | Medsökande | Datum | Utgifter | Summa |
|--------------------------------------|---------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|
| Lön/Utbildnings/Studiebidrag | | | | | Boendekostnad | |
| Sjukpenning/Föräldrapenning | | | | | Arbetsresor | |
| A-kassa/Alfakassa | | | | | Fackföreningsavgift | |
| Försäkringsersättning/Skadestånd | | | | | Barnomsorgsavgift | |
| Pension/Sjuk- och aktivitetsersättn. | | | | | Hemtjänstavgift | |
| Underhållsstöd/Underhållsbidrag | | | | | Läkarvård | |
| Bostadsbidrag | | | | | Medicin | |
| Barnbidrag/Förlängt barnbidrag | | | | | Hushållsel | |
| Hemmavarande barns inkomst | | | | | Hemförsäkring | |
| Överskjutande skatt | | | | | Tandvård | |
| Annan inkomst/tillgång | | | | | | |
| Summa inkomster | | | | | Summa utgifter | |

Ta med specifikationer på inkomster och utgifter

Datum för nästa inkomst _____ Förändrade förhållanden Ja Nej

Om ja, i så fall vilka _____

Kontakt med arbetsförmedlingen _____ Datum för senaste besök _____ Datum för nästa besök _____

Ansökan avser _____

Övriga upplysningar _____

Försäkran och underskrift

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig/oss att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Inkomstkontroller görs enligt tidigare lämnat medgivande. Vid ofullständigt ifylld ansökan kan beslut om ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd) bli fördröjt eller även resultera i avslag.

Datum _____ Sökandes underskrift _____ Medsökandes underskrift _____