



## Ansökan om ekonomiskt bistånd

Ansökan ska alltid vara fullständigt ifylld.

Handläggarens namn:

### 1. Personuppgifter

Sökandes personnummer	Namn	Språk	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Medsökandes personnummer	Namn	Språk	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Utbetalning önskas till <input type="checkbox"/> Nytt konto: Bank: ..... Clearingnr:.....Kontonr:..... <input type="checkbox"/> Senast registrerat konto hos Socialtjänsten			
Sammanboende: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Civilstånd sökande <input type="checkbox"/> Gift/reg. partner <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> änka/änkling		Civilstånd medsökande <input type="checkbox"/> Gift/reg. partner <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> änka/änkling	

### 2. Uppgifter om hemmavarande barn som omfattas av ansökan

Barnets personnummer	Namn	Går i skola /förskola	Folkbokfört på adressen nedan	Bor växelvis	Är umgängesbarn
		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Bostad (bifoga kopia på hyresavi och kvitto på betald hyra)

Bostadsadress, lägenhetsnummer, postnummer och postadress

Antal rum	Antal boende	Total hyra kr/mån	Telefon och e-post
-----------	--------------	-------------------	--------------------

### 4. Jag/vi vill ansöka om

**Försörjningsstöd enligt riksnorm** för.....månad.  
(I riksnormen ingår kostnader för; livsmedel, kläder, skor, lek, fritid, barnförsäkring, förbrukningsvaror, hälsa, hygien, dagstidningar, telefon, TV-avgift)

**Försörjningsstöd till övriga kostnader**  
(bifoga faktura och/eller kvitto)

- Hyreskostnad .....
- Fackavgift/a-kassa .....
- Arbetsresor .....
- Hushållsel .....
- Hemförsäkring .....

**Övrigt ekonomiskt bistånd** (bifoga kvitto/receptspecifikation)

- Barnomsorgsavgift .....
- Avgift för färdtjänst .....
- Läkarvårdskostnad .....
- Medicinkostnad .....
- Annat: .....

**5. Sysselsättning** (bifoga anställningsbevis, läkarintyg, närvarorapport eller dylikt)

Sökande:	Medsökande:
----------	-------------

**6. Tillgångar** (uppgge belopp/värde)

<input type="checkbox"/> Saknas	Bankmedel	Tillgångar i utlandet (vad och var)	Övrigt (aktier, obligationer osv)
Fordon/fastighet eller dylikt. Reg.nr/ fastighetsbeteckning och uppskattat värde:			

**7. Ansökan om förmån hos annan myndighet eller organisation**

Har du ansökt om någon förmån/ersättning/stöd/bidrag från A-kassan/ALFA-kassan, Arbetsförmedlingen, CSN, Försäkringskassan, eller annan och väntar på att få ett beslut?

Sökande:  Nej  Ja, jag väntar på beslut från:

Medsökande:  Nej  Ja, jag väntar på beslut från:

**8. Inkomster de senaste två månaderna** (även inkomster från utlandet redovisas)

<input type="checkbox"/> Inkomster saknas helt	Inkomster förra månaden			Inkomster denna månad		
	Datum	Sökande	Medsökande	Datum	Sökande	Medsökande
Lön						
Arbetslöshetsersättning (a-kassa/ALFA-kassan)/aktivitetsstöd						
Sjukpenning/föräldrapenning						
Underhållsbidrag/underhållsstöd/ efterlevandestöd/barnpension						
Pension/livränta/sjukersättning/ aktivitetsersättning						
Barnbidrag/studiebidrag/						
Bostadsbidrag						
Skatteåterbäring						
Hemmavarande barns inkomst						
Hysesinkomst från inneboende						
Annan väntad inkomst Vad:						
<input type="checkbox"/> Sökande har lämnat uppgifter om samtliga inkomster ovan						
<input type="checkbox"/> Medsökande har lämnat uppgifter om samtliga inkomster ovan						

Jag ger mitt medgivande till personuppgiftshandling och godkänner att myndighetsutövningen, för att utreda detta ärende, utan hinder av sekretess, inhämtar de uppgifter som behövs hos Arbetsförmedlingen, A-kassa, CSN, Fordonsregistret, Företagarregistret, Försäkringskassan, AME, Kronofogdemyndigheten, Lantmäteriet, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och vid behov socialtjänst i annan stadsdel/kommun.

**9. Försäkran och underskrift**

Jag försäkrar att de uppgifter som jag lämnat är sanningsenliga och fullständiga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.

Datum                      Sökandes underskrift                      Datum                      Medsökandes underskrift

**Besöksadress**  
Hagagatan 8  
793 30 Leksand

**Postadress**  
Leksands kommun  
Socialkontoret  
793 80 Leksand

**Hemsida/e-post**  
www.leksand.se  
socialkontoret@leksand.se

**Telefon/fax**  
0247 800 00  
0247 100 45

**Org.nr**  
212000-2163

Kommunen har enligt 6§ Bidragsbrottslagen skyldighet att polisanmäla alla misstänkta bidragsbrott. Den som lämnar felaktiga uppgifter eller utelämnar uppgifter som kan påverka beslutet kan bli polisanmäld för bidragsbrott.



**LEKSANDS  
KOMMUN**

## 10. Information om behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen

Individnämnden är ansvarig för behandling av dina uppgifter när det gäller myndighetsutövning. Kommunstyrelsen är ansvarig för behandling rörande verkställighet av beslut. Dina uppgifter används enligt artikel 6.1a, 6.1b och 6.1e, och 9.2b. Uppgifterna används för administration, intern uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och utbetalning av bistånd. Dina uppgifter kan komma att delas med ekonomiavdelningen, Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassa, Centrala studiestödsnämnden, Fordonsregistret, Företagarregistret, Försäkringskassan, AME, Kronofogdemyndigheten, Lantmäteriet, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och vid behov socialtjänst i annan kommun dock endast för att behandla ditt ärende. Uppgifter om dig från ovan nämnda myndigheter kan lagras i vårt system dock endast för att behandla ärendet. Dina personuppgifter kommer att gallras senast efter 5 år alternativt sparas i urval (om du är född dag 5,15 eller 25) i arkivsyfte. Uppgifter gallras ur kundreskontran efter 10 år. Dina uppgifter förvaras i ett dokumenthanteringssystem vilket innebär att dina personuppgifter kan lämnas ut till ett personuppgiftsbiträde.

Du kan ha rätt enligt GDPR att få; ett registerutdrag, information om behandling av dina uppgifter, radera eller rätta uppgifter, ta med dig dina uppgifter, klaga till datainspektionen eller begära att behandlingen upphör genom att kontakta kommunens dataskyddsombud (kommun@leksand.se). Detta påverkar dock inte lagligheten av behandlingen som grundar sig på detta samtycke. Du kan få dina uppgifter raderade eller rättade. Dessa rättigheter kan dock begränsas av dataskyddsförordningen eller annan lagstiftning.

### Medgivande och underskrift

Jag ger mitt medgivande till ovan nämnd personuppgiftshantering och godkänner att myndighetsutövningen, för att utreda detta ärende, utan hinder av sekretess, inhämtar de uppgifter som behövs hos följande myndigheter och organisationer; Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassa, Centrala studiestödsnämnden, Fordonsregistret, Företagarregistret, Försäkringskassan, AME, Kronofogdemyndigheten, Lantmäteriet, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och vid behov socialtjänst i annan stadsdel/kommun.

Datum

Sökandes underskrift

Datum

Medsökandes underskrift

**Besöksadress**  
Hagagatan 8  
793 30 Leksand

**Postadress**  
Leksands kommun  
Socialkontoret  
793 80 Leksand

**Hemsida/e-post**  
www.leksand.se  
socialkontoret@leksand.se

**Telefon/fax**  
0247 800 00  
0247 100 45

**Org.nr**  
212000-2163