



SVEDALA KOMMUN

Ankomststämpel

ANSÖKAN OM FORTSATT FÖRSÖRJNINGSTÖD MÅNAD: _____

| | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| Sökande, efternamn och förnamn | Personnummer | |
| Medsökande, efternamn och förnamn | Personnummer | |
| Bostadsadress | Postnummer/Ort | |
| E-postadress | Telefonnummer | |
| Antal hemmavarande barn | Antal personer i boendet | |
| <input type="checkbox"/> Gift/registrerat partnerskap | <input type="checkbox"/> Sambo | <input type="checkbox"/> Ensamstående |

Bifogar kopior/underlag för det du ansöker om annars riskerar du att ansökan avslås. Lämna inte originalhandlingar

| Utgifter | Förfallodag | Kronor |
|--|--------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Uppehälle | | |
| <input type="checkbox"/> Boendekostnad | | |
| <input type="checkbox"/> El | | |
| <input type="checkbox"/> Fackföreningsavgift/A-kassa | | |
| <input type="checkbox"/> Arbets- och planeringsresor | | |
| <input type="checkbox"/> Barnomsorg | | |
| <input type="checkbox"/> Hemförsäkring (per månad) | | |
| <input type="checkbox"/> Hyresgästföreningen | | |
| <input type="checkbox"/> Internet (Svedala kommun beviljar max 200 kr) | | |
| <input type="checkbox"/> Läkarvård (stämplat i högkostnadskort) | | |
| <input type="checkbox"/> Medicin (receptbelagt som ingår i högkostnadsskyddet) | | |
| <input type="checkbox"/> Övrigt, ange vad | | |

Har det skett några förändringar sedan du sökte senast som kan påverka din rätt till bidrag, till exempel ändradefamiljeförhållande.

Nej, inga förändringar

Ja, följande förändringar _____



SVEDALA KOMMUN

Ankomststämpel

Var noga med att följa instruktionerna. Fel ifyllt ansökan kan fördröja handläggningstiden för ditt ärende

Lämna kopior på inkomstspecifikation. Saknas inkomst, skriv 0 (noll)

| Inkomst | Datum | Belopp (Sökande) | Datum | Belopp (Medsökande) |
|-----------------------|-------|---------------------|-------|------------------------|
| Lön (efter skatt) | | | | |
| Bostadsbidrag | | | | |
| Barnbidrag | | | | |
| Underhållsstöd | | | | |
| Aktivitetsstöd | | | | |
| Aktivitetsersättning | | | | |
| Sjukersättning | | | | |
| Sjukpenning | | | | |
| Studiestöd (CSN) | | | | |
| Pension | | | | |
| A-Kassa/Alfakassa | | | | |
| Föräldrapenning | | | | |
| Etableringsersättning | | | | |
| Studielån (CSN) | | | | |
| Vårdbidrag | | | | |
| Barnpension | | | | |
| Äldrestöd | | | | |
| Bostadstillägg | | | | |
| Skatteåterbäring | | | | |
| Övrigt, ange vad: | | | | |

Försäkran och underskrift

Jag/vi försäkrar att de uppgifter som jag/vi lämnat är sanningsenliga och fullständiga. Jag/vi förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Jag/vi är införstådd(a) med, att om jag/vi lämnar felaktiga uppgifter, kan detta leda till polisanmälan och bidragsbrott.

Personuppgifter som lämnas på denna blankett kommer behandlas enligt personuppgiftslagen för handläggning av ärende hos Arbete och integration. Kontakta din handläggare om du/ni vill veta hur uppgifterna används eller om rättelse önskas.

| | |
|-------|------------------------|
| Ort | Underskrift sökande |
| Datum | Underskrift medsökande |