

Ansökan försörjningsstöd

Ansökan avser <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd, 4 kap. 1 och 3 §§ socialtjänstlagen, SoL Ansökan avser år: _____ månad: _____	OBS: Till varje ansökan ska följande bifogas; kontoutdrag 1 månad tillbaka, jobbsökarlista/läkarintyg, underlag för utgifter och inkomster, etc. Första besöket krävs kontoutdrag 3 månader bakåt, kontoöversikt, lönespecifikationer 3 månader bakåt, skattedeklaration samt intyg på inskrivning hos Arbetsförmedlingen (alternativt läkarintyg).
Övrigt (enligt särskild prövning)	

1. Personuppgifter

Sökandens efternamn och tilltalsnamn	Civilstånd	Sammanboende/Inneboende	Personnummer (10 siffror)
Medsökandens efternamn och tilltalsnamn	Civilstånd	Sammanboende/Inneboende	Personnummer (10 siffror)
Adress			Telefon
Hemnavarande barn: efternamn och förnamn		Antal dagar boende/månad	Personnummer (10 siffror)

2. Bostad

<input type="checkbox"/> 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	Antal personer i boendet _____	Antal rum _____
Hyresvärd			Hemförsäkringsbolag			

3. Sökanden

Arbetar/studerar		From - tom	
<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid _____ tim/vecka			
Egen firma/registrerad firma/delägare (om ja, sedan när samt namn)			
Arbetslös sedan när?	Kontakt på AF, namn och telefonnummer	Datum för senaste besök	Datum för nästa besök
Medlem i arbetslöshetskassa	Vilken A-kassa (namn + tfn)	Berättigad till A-kassa	From - tom
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Annan sysselsättning eller försörjning (pension, sjukskrivning m m)			From - tom
Sysselsättning eller försörjning dessförinnan			From - tom

4. Medsökanden

Arbetar/studerar		From - tom	
<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid _____ tim/vecka			
Egen firma/registrerad firma (om ja, sedan när samt namn)			
Arbetslös sedan när?	Kontakt på AF, namn och telefonnummer	Datum för senaste besök	Datum för nästa besök
Medlem i arbetslöshetskassa	Vilken A-kassa (namn + tfn)	Berättigad till A-kassa	From - tom
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Annan sysselsättning eller försörjning (pension, sjukskrivning m m)			From - tom
Sysselsättning eller försörjning dessförinnan			From - tom

Vilka övriga ersättningar har du ansökt om eller planerar att ansöka om?

(T.ex. bostadsbidrag, aktivitetsstöd, sjukpenning, etc.)

Inkomster	Datum	Sökande	Datum	Medsökande
Lön				
Aktivitetsstöd				
Sjukpenning/Föräldrapenning				
Underhållsstöd/Barnpension				
Barnbidrag				
Bostadsbidrag/Bostadstillägg				
A-kassa				
Vårdbidrag/Livränta				
Inneboende barns hyra				
Annan inkomst				

6. Fasta utgifter per månad

Hyra	
Avgift för barnomsorg/social hemtjänst	
Hemförsäkring	
Hushållsel	
Mediciner + pat. avg	
Övrigt	
Summa	

7. Tillgångar

Bil	(Registreringsnummer)
Bankmedel, kontanter, aktier, fonder, obligationer	
Båt, husvagn, fritidshus, fastighet, andel i fastighet, bostadsrätt, MC, husbil, släpkärra, häst mm.	
Övriga tillgångar	
Tillgångar saknas	

8. Skulder

Vad avser skulden	Betalar kr/månad	Återstående skuld	Ursprunglig skuld

8. Kontouppgifter

Ange eventuellt bankkonto du önskar få inbetalt. Du ansvarar för att lämna rätt bankuppgifter samt uppdatera det om något skulle ändras.

Ja, jag vill använda SUS.

Bank	Clearingnummer	Kontonummer

10. Försäkran och 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, premiepensionsmyndigheten, centrala studiestödsnämnden, Arbetsförmedling, A-kassor eller kommun. Enligt kap. 11 § 11 SoL har Socialtjänsten rätt att inhämta uppgifter om utbetalningar från bl.a. Försäkringskassan samt erkänd arbetslöshetskassa. Genom underskrift försäkrar jag att alla uppgifter stämmer och inte bryter mot något enligt ovan samt godkänner att Socialtjänsten får inhämta nödvändiga uppgifter från andra myndigheter.	Sökandens underskrift	Datum
	Medsökandens underskrift	Datum