



GRUNDANSÖKAN EKONOMISKT BISTÅND

När Du/Ni ansöker om ekonomiskt bistånd är det viktigt att Du/Ni läser igenom informationsbroschyren om ekonomiskt bistånd.

I broschyren står vilka handlingar Du/Ni ska ha med vid besöket. Om efterfrågade handlingar inte redovisas kan ansökan ej handläggas.

Ansökan ska tas med ifylld vid besöket.

Beslut fattas inte i samband med besöket.

Vad söker Du/Ni försörjningsstöd till:

.....
.....
.....
.....

Personuppgifter vuxna

Namn sökande	Personnummer
Namn medsökande	Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående	

Personuppgifter hemmavarande/umgänges barn

Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*

* För umgängesbarn ange antal nätter barnen vistas i hushållet under den månad ansökan avser.

Adress

Bostadsadress		
Postnummer	Postadress	
Telefon bostad	Mobiltelefon sökande	Mobiltelefon medsökande



Sysselsättning sökande (arbete / sysselsättning, ange nuvarande och senaste)

Arbetsgivare, utbildning, sjukskrivning, pension mm, saknar arbete, barnomsorg	Fr o m	T o m

Arbetslös (Af = Arbetsförmedling)

Sedan när är du arbetslös		Var arbetade du senast		Vilken tidsperiod	
Har du sökt ersättning från <input type="checkbox"/> A-kassa <input type="checkbox"/> ALFA		<input type="checkbox"/> Ja Datum		<input type="checkbox"/> Nej Orsak	
Med vem har du kontakt med på Af		När hade du senast kontakt med Af		När har du nästa kontakt med Af	
Utbildning, SFI	Grundskola	Gymnasieskola	Högskola	Annat	
Vilka arbeten har du sökt senaste månaden					

Sysselsättning medsökande (arbete / sysselsättning, ange nuvarande och senaste)

Arbetsgivare, utbildning, sjukskrivning, pension mm, saknar arbete, barnomsorg	Fr o m	T o m

Arbetslös (Af = Arbetsförmedling)

Sedan när är du arbetslös		Var arbetade du senast		Vilken tidsperiod	
Har du sökt ersättning från <input type="checkbox"/> A-kassa <input type="checkbox"/> ALFA		<input type="checkbox"/> Ja Datum		<input type="checkbox"/> Nej Orsak	
Med vem har du kontakt med på Af		När hade du senast kontakt med Af		När har du nästa kontakt med Af	
Utbildning, SFI	Grundskola	Gymnasieskola	Högskola	Annat	
Vilka arbeten har du sökt senaste månaden					



Föräldraledig

Sedan när är du föräldraledig		Barnets namn		Personnummer	
Föräldrapenning kr/dag	Ersättningsdagar/vecka	Sökt barnomsorg		Garantidagar/Pappadagar	

Inkomster per månad efter skatt (Uppge inkomster för nuvarande månad samt de två föregående)

Typ av inkomst	Nuvarande månad		År..... Mån.....		År..... Mån.....	
	År.....	Mån.....	År.....	Mån.....	År.....	Mån.....
	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande
Lön*						
A-kassa/ALFA*						
Aktivitetsstöd*						
Sjukpenning*						
Föräldrapenning*						
Sjukersättning*						
Aktivitetsers.*						
Bostadsbidrag*						
Barnbidrag*						
Underhållsstöd*						
Etableringsersättning*						
Andra insättningar (såsom ex swish)*						
Övrigt*						
Övrigt*						
Summa						

* Medtag lönebesked, utbetalningsavier eller motsvarande.

Tillgångar (gemensamma tillgångar, skall styrkas med verifikation)

Bankmedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Kronor	Bank
Bil/MC, märke, årsmodell <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Inköpsvärde	Registreringsnummer
Båt/husvagn, märke, årsmodell <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Inköpsvärde	Ev. registreringsnummer
Fritidshus/fastighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fastighetsbeteckning	Inköpsvärde	Taxeringsvärde
Aktier/fonder mm. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Värde
Övrigt			Värde

Boendekostnad

Hyrd bostad <input type="checkbox"/>	Bostadsrätt <input type="checkbox"/>	Eget hus <input type="checkbox"/>	Andrahandskontrakt <input type="checkbox"/>	Inneboende <input type="checkbox"/> hos.....	Saknar bostad <input type="checkbox"/>
Månadshyra	Kallhyra <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	El/uppvärmning kr månad	Hemförsäkring	Övriga kostnader kr månad	
Hyresvärd		Antal rum. o kök		Storlek kvm	
Om Du/Ni inte har kontrakt vem står för kontraktet				Har du inneboende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal.....	



Övriga utgifter (normala utgifter exl. boendekostnad, skall styrkas med faktura/verifikation/kvitto)

<u>Sökande</u>	kr/månad	<u>Medsökande</u>	kr/månad
Fackföreningsavgift		Fackföreningsavgift	
Medicin		Medicin	
Sjukvård		Sjukvård	
Resor		Resor	

Skulder

Vad avser skulden	Återstående skuldbelopp	Avbet/månad

Egen planering för kommande månad

.....

.....

Övriga upplysningar

.....

.....

.....

Fullmakt

Genom att underteckna ansökan om ekonomiskt bistånd medger jag att handläggande tjänsteman får ta del av uppgifter som bedöms nödvändiga för att utreda/besluta i mitt ärende. Fullmakten gäller för kontakter med någon/några av följande perioden 20.....-..... till 20.....-.....*					
Arbetsförmedling <input type="checkbox"/>	Försäkringskassa <input type="checkbox"/>	Arbetslöshetskassa <input type="checkbox"/>	Psykiatrimottagning <input type="checkbox"/>	Primärvård <input type="checkbox"/>	Utförarenhet <input type="checkbox"/>
Personalavdelning/ <input type="checkbox"/> Arbetsgivare	Hyresvärd <input type="checkbox"/>	Anhöriga <input type="checkbox"/>		Övrigt <input type="checkbox"/>	
Övrigt <input type="checkbox"/>	Övrigt <input type="checkbox"/>			Medger inte kontakter <input type="checkbox"/>	

*Fyll i år och månad för period DU vill att fullmakten ska gälla. Om DU inte fyller i datum gäller fullmakten tillsvidare.

Bankkontonummer

Clearingnummer	Kontonummer	Bankens namn
----------------	-------------	--------------



Försäkran och underskrift

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Jag/vi har tagit del av kommunens informationsbroschyr om ekonomiskt bistånd.

Jag/vi är medvetna om att oriktiga uppgifter kan medföra polisanmälan.

Jag/vi har fått information om rätten till ekonomiskt bistånd **Ja** **Nej**

Som tolk har använts tolk nummer..... Språk.....

Underskrift Sökande

Datum	Underskrift	Telefon
-------	-------------	---------

Underskrift Medsökande

Datum	Underskrift	Telefon
-------	-------------	---------

Information till den registrerade enligt GDPR

Vid myndighetens handläggning kan upplysningar komma att inhämtas från andra så som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, CSN, Migrationsverket, Polismyndigheten, sjukvården, skola/förskola, barnomsorg eller privatpersoner som vet något din situation. I många fall krävs ditt samtycke innan vi inhämtar uppgifter från andra.

Alla uppgifter du lämnar till oss omfattas av Tryckfrihetsförordningens (1949:105) regler om allmänna handlingar och kan komma att lämnas ut till andra i enlighet med offentlighetsprincipen (var och ens rätt till insyn och kontroll av myndigheter, bland annat rätten att ta del av allmänna handlingar), med undantag för de inskränkningar i offentligheten som gäller för uppgifter som omfattas av sekretess enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

De uppgifter du lämnar till oss kommer att behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).

Vi behöver spara och behandla dessa uppgifter för att handlägga din ansökan om ekonomiskt bistånd. Dina uppgifter kommer att delas inom kommunen med den personal som behöver uppgifterna för att utföra sitt arbete samt med de personuppgiftsbiträden som hanterar uppgifter för kommunens räkning. Uppgifterna kan också komma att delas med tredje part, men endast om så krävs enligt lag. Den rättsliga grunden för behandlingen är myndighetsutövning enligt Socialtjänstlagen (2001:453).

Dina uppgifter kommer att sparas så länge det är nödvändigt för ändamålet. Uppgifterna raderas sedan i enlighet med kommunens gallringsföreskrifter men kan komma att bevaras för arkivändamål. Dina uppgifter kan komma att överföras till tredje land, dock endast som ett led i teknisk support och enbart till parter som är bundna av dataskyddsförordningen genom avtal.

Personuppgiftsansvarig är Sociala myndighetsnämnden via e-post kommun@kungalv.se, telefonnummer 0303 - 23 80 00.

Du har rätt till information och ett registerutdrag med information om vilka uppgifter vi har om dig. Du kan även begära rättelse, begräsning och radering av dina uppgifter samt göra invändningar och i vissa fall begära överflyttning av dina uppgifter (dataportabilitet). Du når vårt dataskyddsombud på dataskyddsombud@kungalv.se. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten som är Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Du når IMY via e-post imy@imy.se.