

# ÅTERANSÖKAN EKONOMISKT BISTÅND

Ansökan avser

ID kontroll.....

År	Månad	Handläggare
----	-------	-------------

## Personuppgifter

Namn	Personnummer	
Namn	Personnummer	
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 en den månad ansökan avser.

## Adress

Bostadsadress		
Postnummer	Postadress	
Telefon bostad	Mobiltelefon	Har du inneboende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal.....

## Inkomster sökande

Typ av inkomst	Belopp	Datum
Lön*		
A-kassa/ALFA*		
Aktivitetsstöd*		
Sjukpenning*		
Föräldrapenning*		
Sjukersättning* Aktivitetsers.*		
Bostadsbidrag*		
Barnbidrag*		
Underhållsstöd*		
Etableringsersättning*		
Andra insättningar (såsom ex swish)*		
Övrigt*		

## Inkomster medsökande

Typ av inkomst	Belopp	Datum
Lön*		
A-kassa/ALFA*		
Aktivitetsstöd*		
Sjukpenning*		
Föräldrapenning*		
Sjukersättning* Aktivitetsers.*		
Bostadsbidrag*		
Barnbidrag*		
Underhållsstöd*		
Etableringsersättning*		
Andra insättningar (såsom ex swish)*		
Övrigt*		

\* Medtag lönebesked, utbetalningsavier eller motsvarande

VÄND

**STÖD OCH FÖRSÖRJNING**  
TRYGGHET OCH STÖD

**KUNGÄLV  
KOMMUN**



ADRESS Stadshuset · 442 81 Kungälv  
BESÖKSADRESS Stadshuset  
TELEFON 0303-23 80 00 vx  
E-POST kommun@kungalv.se  
HEMSIDA www.kungalv.se

**Utgifter för hushållet** (skall styrkas med kvitto/faktura/verifikation)

Typ av utgift	Belopp	Förfalldatum
Hyra		
El – förbrukning		
El – nät		
Hemförsäkring		

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

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

**Sysselsättning Sökande och Medsökande** (Af = Arbetsförmedling)

<b>Arbetslös</b> <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande	<b>Sjukskriven</b> <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande	<b>Utbildning</b> <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande	<b>Praktik</b> <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande	<b>Annat</b> ..... <input type="checkbox"/> Sökande <input type="checkbox"/> Medsökande
Med vem har du/ni kontakt med på Af		När hade du/ni senaste kontakten med Af	När har du/NI nästa kontakt med Af	
Sjukskrivning fr o m – t o m*		Kontakt med Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Med vem har du kontakt på Försäkringskassan	

\*Om du är sjukskriven bifoga ett aktuellt läkarintyg

**Egen planering för kommande månad**

.....

.....

.....

.....

**Försäkran och underskrift**

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Jag/vi är medvetna om att oriktiga uppgifter kan medföra polisanmälan. Personuppgifterna i ansökan kommer att behandlas enligt 10 § Personuppgiftslagen i Individ och familjeomsorgens datasystem.
---

**Underskrift Sökande**

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

**Underskrift Medsökande**

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

**Bankkontonummer**

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