

GRUNDANSÖKAN EKONOMISKT BISTÅND

ID kontroll.....

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

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

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 senaste kontakten 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 senaste kontakten 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/Pappamånad

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

Typ av inkomst	Nuvarande månad		År		År	
	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, utbetalningsavvier eller motsvarande.

Tillgångar (gemensamma tillgångar, skall styrkas med verifikation)

Bankmedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kronor	Bank
Bil/ MC, märke och årsmodell <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inköpsvärde	Registreringsnummer
Båt/Husvagn, märke och årsmodell <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inköpsvärde	Ev. registreringsnummer
Fritidshus/Fastighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fastighetsbeteckning	Inköpsvärde
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)

Sökande	kr/månad	Medsökande	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	Hysesvärd <input type="checkbox"/>	Anhöriga <input type="checkbox"/>	Övrigt <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

Clearingsnummer	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.

Personuppgifterna i ansökan kommer att behandlas enligt 10 § Personuppgiftslagen i Individ och familjeomsorgens datasystem.

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
-------	-------------	---------