

**Ansökan avser**

År	Månad
----	-------

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-post	

Ansöker du som ensamstående eller tillsammans med en medsökande?

Ensamstående ☐	Med en medsökande ☐
Personnummer medsökande	Namn medsökande

Har det skett några förändringar sedan föregående ansökningstillfälle som kan påverka din/er rätt till Ekonomiskt bistånd? (till exempel ändrade familjeförhållanden eller flytt)

☐ Nej	☐ Ja följande förändringar
------------------------------	---

Har du umgängesbarn?

Ja ☐	Nej ☐	Antal barn	Antal dagar
-----------------------------	------------------------------	------------	-------------

Utgifter

Utgift	Förfallodatum	Belopp
Boendekostnad		
El		
Fackföreningsavgift		
Arbets-/planeringsresor		
Barnomsorg		
Hemförsäkring		
Bredband		
A-kassa		

Läkarvård

Avser vem i hushållet	Datum	Belopp

Medicin

Avser vem i hushållet	Datum	Belopp

Tandvård

Avser vem i hushållet	Datum	Belopp

Utgifter i övrigt

Avser vem i hushållet	Ange vad	Belopp

Inkomster för sökanden och medsökande i Sverige/och eller i utlandet

	Sökande		Medsökande	
Inkomst	Datum för inkomst	Belopp	Datum för inkomst	Belopp
Lön efter skatt				
Bostadsbidrag				
Barnbidrag				
Underhållsstöd				
Aktivitetsstöd				
Aktivitetsersättning				
Sjukersättning				
Sjukpenning				
Studiebidrag CSN				
Pension				
A-kassa				
ALFA-kassa				
Föräldrapenning				
Etableringsersättning				
Studielån CSN				
Vårdbidrag				
Efterlevandestöd				
Barnpension				
Äldreförsörjningsstöd				
Bostadstillägg				
Skatteåterbäring				
Insättningar/överföringar				
Övriga inkomster				

Försörjningsstöd från annan kommun

☐ Ja beräkningsperiod från	Till	☐ Nej
---	------	------------------------------

Samtycke

Jag samtycker till att kontakt tas med berörda parter avseende de utgifter som jag ansökt om för att min ansökan ska kunna utredas. Jag samtycker även till att inkomster från andra myndigheter och arbetsgivare kan tas med i beräkningen om de inte angetts på ansökan.

Ange undantag från ovan samtycke	
Ange Om det är några andra som du lämnar samtycke till	
Underskrift sökande	
Datum	Namnsteckning
Underskrift medsökande	
Datum	Namnsteckning