

Ankomststämpel

Socialsekreterare

Ansökan avser

År	Månad
----	-------

Personuppgifter sökande

Efternamn och förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon

Medsökande finns (sambo, make, maka, registrerad partner)

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Efternamn och förnamn	Personnummer	Telefon
--	-----------------------	--------------	---------

Förändringar

Har det skett några förändringar sedan föregående ansökningstillfälle som kan påverka din/er rätt till försörjningsstöd?
(Ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)

Nej Ja

--

Jag/vi ansöker om försörjningsstöd för följande kostnader (gemensam kostnad skrivs en gång)

UTGIFTER	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	Förfalldatum	Kronor	Förfalldatum	Kronor
Boendekostnad				
El				
Hemförsäkring				
Bredband				
Barnomsorg				
Fackföreningsavgift				
A-kassa				
Arbets-/planeringsresor				
Övrigt				

Läkarvård

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Medicin

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Tandvård

Avser vem i hushållet	Datum	Kronor

Övrigt

Avser vem i hushållet	Vad	Kronor

Har du arbetat de senaste tre månaderna?

SÖKANDE	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

MEDSÖKANDE	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Inkomster (Inkomster i Sverige och/eller utlandet)

TYP AV INKOMST	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	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				

Eventuella upplysningar du/ni vill lämna

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 i ansökan.

Ange eventuella undantag från ovan samtycke:

- Jag är införstådd i mina rättigheter och skyldigheter
- Jag försäkrar att jag är införstådd i hur informationen jag delgett kommer att hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR)
- Jag försäkrar att all information är riktig och är införstådd med att uppgifterna kan bli föremål för kontroll

Ort och datum	Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift
---------------	----------------------	-------------------------

Skicka din ansökan till Socialförvaltningen eller lämna in den till Medborgarservice. Du kan också lämna den till socialsekreteraren vid bokat besök.

POSTADRESS:

Burlövs kommun
Socialförvaltningen
Box 53
232 21 Arlöv

BESÖK:

Medborgarservice
Kärleksgatan 6, Arlöv