



SUNNE KOMMUN
29.Socialkontoret
686 80 SUNNE
0565-162 60

ANSÖKAN OM FÖRSÖRJNINGSTÖD

År Mån

Handläggare

För att din ansökan ska kunna behandlas måste den vara fullständigt ifylld och underskriven och nödvändiga handlingar måste skickas med ansökan eller tas med vid besöket.

Ansökan avser <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd 4 kapitlet 1 och 3 §§ socialtjänstlagen (SoL)
Övrigt

1. PERSONUPPGIFTER

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (10 siffror)	
Medsökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (10 siffror)	
Adress	Telefon	
E-postadress	Mobiltelefon	
Ensamstående <input type="checkbox"/>	Sammanboende <i>OBS! uppgifter för medsökande fylls i</i> <input type="checkbox"/>	Inneboende <input type="checkbox"/>
Hemmaparande barn, efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (10 siffror)	

2. BOSTAD

Antal rum	Antal boende i bostaden	Hyresvärd	Kontraktssinnehavare
Om du inte har eget kontrakt, vem står för kontraktet			<input type="checkbox"/> Egen fastighet/bostadsrätt

3 SÖKANDE SYSSELSÄTTNING - NU OCH TRE MÅNADER TILLBAKA

Arbete, arbetsgivare eller utbildning, skola, sjukskrivning, pension m m	Fr o m	T o m
Har inregistrerad firma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, sedan vilket datum?	
Vid arbetslöshet Tillhör A-kassa <input type="checkbox"/> Ja Vilken: <input type="checkbox"/> Nej	Handläggare AF	
Sysselsättning eller försörjning dessförinnan	Fr o m	T o m

4 MEDSÖKANDE SYSSELSÄTTNING - NU OCH TRE MÅNADER TILLBAKA

Arbete, arbetsgivare eller utbildning, skola, sjukskrivning, pension m m	Fr o m	T o m
Har inregistrerad firma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, sedan vilket datum?	
Vid arbetslöshet Tillhör A-kassa <input type="checkbox"/> Ja Vilken: <input type="checkbox"/> Nej	Handläggare AF	
Sysselsättning eller försörjning dessförinnan	Fr o m	T o m

Forts nästa sida

**5. INKOMSTER/mån
efter skatteavdrag**

	Månad				Månad				Månad			
	Dat	Sökande	Dat	Med-sökande	Dat	Sökande	Dat	Med-sökande	Dat	Sökande	Dat	Med-sökande
Lön inkl förskott												
Studiemedel												
A-kassa/Alfa-kassa/Aktivitetsstöd												
Sjuk- /föräldrapenning/ Aktivitetsersättning												
Pension/sjukersättning												
Barnbidrag/studiebidrag												
Underhållsstöd												
Bostadsbidrag												
Inneboendes/barns hyra												
Vårdbidrag/livränta												
Annan inkomst Ange vad												

6. UTGIFTER/mån

	Månad		Månad		Månad	
	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande
Boendekostnad						
Fackföreningsavgift, som ej avdragits från lön						
Avgift för barnomsorg						
El						
Hemförsäkring						
Läkare/medicin						
Arbetsresor						
Övrigt						

7. TILLGÅNGAR (ex bankmedel, aktier, fonder, fordon, fastighet)

Typ av tillgång	Värde

8. KONTO

Bank	Clearing och kontonummer

9. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanna och kompletta och lovar att meddela om några uppgifter ändras. Jag tillåter att kontroller görs hos Försäkringskassa, pensionskassa, a-kassa, alfa-kassa, skatteverket, arbetsförmedling, CSN, PRV, bilregistret och arbetsgivare.

Jag är införstådd med att oriktiga uppgifter kan leda till åtal för bedrägeri.

Datum	Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift

Ta med vid besök:

Legitimation, kopior av hyreskontrakt/hyresavi, inkomstbesked för hushållets alla inkomster, kontoutdrag, kontosammanställning från banker och deklaration

Fakturakopior på el, fackavgift, barnomsorgsavgift samt hemförsäkring.

OBS! Tre månader bakåt vid ditt första besök.