



Datum: _____

Handläggare: _____

UTREDNING FÖR RÄTT TILL EKONOMISKT BISTÅND

1. PERSONUPPGIFTER

1.1	Sökande:	Personnummer:		
	Medsökande:	Personnummer:		
Adress:				
Telefon hem:		Mobil:	Epost:	
1.2	Behov av tolk:	<input type="checkbox"/> Ja	Språk:	
1.3	Datum för uppehållstillstånd:	<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Tillfälligt	<input type="checkbox"/> Flykting <input type="checkbox"/> Anhörig
1.4	Tidigare kontakt med försörjningsstöd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Period:	Kommun:	

2. AKTUELL SITUATION

2.1	För vilken månad ansöker du/ni om bistånd?		
2.2	Till vad ansöker du/ni om ekonomiskt bistånd? <input type="checkbox"/> Grundtrygghet <input type="checkbox"/> Annat _____		
2.3	Vilken är din/era nuvarande sysselsättning/ar?		
		Sökande	Medsökande
	Inskrivn Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sjukskriven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sjukersättning/pension/aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heltid/deltidssarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Föräldraledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Annan sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Övrigt:		

3. FAMILJ OCH NÄTVERK

3.1	Civilstånd: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående																											
3.2	Barn: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																											
	Namn: _____ Personnummer: _____																											
	<input type="checkbox"/> Hemmavarande <input type="checkbox"/> Umgängesbarn, hur ofta? _____ Skola/dagis: _____																											
	Namn: _____ Personnummer: _____																											
	<input type="checkbox"/> Hemmavarande <input type="checkbox"/> Umgängesbarn, hur ofta? _____ Skola/dagis: _____																											
	Namn: _____ Personnummer: _____																											
	<input type="checkbox"/> Hemmavarande <input type="checkbox"/> Umgängesbarn, hur ofta? _____ Skola/dagis: _____																											
3.3	Finns det personer i din/er närhet som kan fungera som stöd om det skulle behövas? (praktiskt och/eller känslomässigt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis																											
	Kommentarer: _____																											
3.4	Har du/ni några fritidsintressen?																											
3.5	Har du/ni pågående kontakter med personer vid andra myndigheter? Var/vem																											
	<table border="0"><thead><tr><th></th><th>Sökande</th><th>Medsökande</th></tr></thead><tbody><tr><td>Läkare</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>För barnen</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>Samtalskontakt</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>Arbetsförmedling</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>Beroende/missbruk</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>Kriminalvården</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>Försäkringskassan</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr><tr><td>Andra kontakter inom kommunen</td><td><input type="checkbox"/> _____</td><td><input type="checkbox"/> _____</td></tr></tbody></table>		Sökande	Medsökande	Läkare	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	För barnen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	Samtalskontakt	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	Arbetsförmedling	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	Beroende/missbruk	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	Kriminalvården	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	Andra kontakter inom kommunen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	Sökande	Medsökande																										
Läkare	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
För barnen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
Samtalskontakt	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
Arbetsförmedling	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
Beroende/missbruk	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
Kriminalvården	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
Andra kontakter inom kommunen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____																										
	Övrigt: _____																											

Fortsätt vid behov under övrigt punkt 6

4. BOENDE

4.1 Hur bor du/ni? <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Egen fastighet <input type="checkbox"/> Inneboende <input type="checkbox"/> Hos föräldrar <input type="checkbox"/> Bostadslös			
Övrigt:			
Hyresvärd:	Bostadskostnad:	Antal personer:	Antal rum:
Ingår el i hyran? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Har du/ni hemförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja, belopp: <input type="checkbox"/> Nej	

5. EKONOMI

Kontoutdrag skall **alltid** bifogas ansökan.

5.1	Inkomster: <input type="checkbox"/> lön _____ <input type="checkbox"/> a-kassa _____ <input type="checkbox"/> aktivitetsstöd _____ <input type="checkbox"/> barnbidrag _____ <input type="checkbox"/> bostadsbidrag _____ <input type="checkbox"/> sjukpenning _____ <input type="checkbox"/> sjukers/ aktivitetssers/pension _____ <input type="checkbox"/> underhållsbidrag _____ <input type="checkbox"/> föräldrapenning _____ <input type="checkbox"/> vårdbidrag _____ <input type="checkbox"/> annan inkomst _____ <input type="checkbox"/> skatteåterbäring _____ <input type="checkbox"/> retroaktiv ersättn _____
5.2	Utgifter: <input type="checkbox"/> barnomsorg _____ <input type="checkbox"/> fackavgift _____ <input type="checkbox"/> läkarvård _____ <input type="checkbox"/> medicin _____ <input type="checkbox"/> arbetsresor _____ <input type="checkbox"/> annan utgift _____
5.3	Tillgångar: (t ex bankmedel, bil, fastighet etc)
5.4	Skulder:
5.5	Utmätning: <input type="checkbox"/> Ja, belopp: <input type="checkbox"/> Nej

6. Övrigt

6.1	Övrigt
-----	---------------

7. SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Uppgifterna databehandlas!

Lämnar Ni oriktiga uppgifter i ansökan eller underlåter att anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i ansökan, kan Ni åtalas för bedrägeri. Ni kan också bli skyldiga att betala tillbaka det belopp, som Ni erhållit på grund av oriktiga uppgifter.

Jag lämnar mitt samtycke till att banker med dotterbolag lämnar ut uppgifter till socialtjänsten om mina tillgodohavanden och krediter, innehav av andelar i aktiefonder och räntefonder samt tillgångar på VP-konton och i eventuell värdepappersdepå. Banksekretessen gäller därmed inte i detta ärende.

Härmed försäkras på heder och samvete att uppgifterna i ansökan är korrekta och sanningsenliga. Jag tillåter att uppgifterna i min ansökan kontrolleras av socialtjänsten (arbetsgivare, hyresvärd, försäkringskassa, arbetsförmedling, CSN, arbetslöshetskassa, skattemyndighet, bilregister). Jag förbinder mig att till socialtjänsten omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter, som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min rätt till ekonomiskt bistånd.

Datum och underskrift av sökande

Datum och underskrift av medsökande