

Ankomststämpel

Ansökan avser

År	Månad
----	-------

Personuppgifter sökande

Efternamn och förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon
Sökandes civilstånd ☐ gift/registrerat partnerskap ☐ sambo ☐ ensamstående	
Sökandes medborgarskap ☐ svensk medborgare ☐ utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd	
☐ utländsk medborgare med tidsbegränsat uppehållstillstånd Fr.o.m. t.o.m. Beslutsklass	

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

☐ Nej ☐ Ja	Efternamn och förnamn	Personnummer	Telefon
Medsökandes medborgarskap ☐ svensk medborgare ☐ utländsk medborgare med permanent uppehållstillstånd			
☐ utländsk medborgare med tidsbegränsat uppehållstillstånd Fr.o.m. t.o.m. Beslutsklass			

Barn under 18 år eller skolungdomar upp till 21 år i hushållet

☐ Nej ☐ Ja

Barnets efternamn och förnamn	Personnummer	Folkbokförd på adressen ovan	Umgängesbarn
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Har du/ni ansökt om underhållstöd? ☐ Ja ☐ Nej	
Datum för ansökan:	Ange orsak:

Bostad

Typ av bostad			
☐ Egen hyreslägenhet med kontrakt	☐ Inneboende hos släkt	☐ Andrahandskontrakt	☐ Egen fastighet
☐ Egen bostadsrättslägenhet	☐ Inneboende hos annan	☐ Bor hos förälder/föräldrar	☐ På annat sätt
Totalt antal personer boende i bostaden:		Antal rum i boende:	
Har du/ni ansökt om bostadsbidrag?			
☐ Ja		☐ Nej	
Datum för ansökan:		Ange orsak:	

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

UTGIFTER	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	Förfallodatum	Kronor	Förfallodatum	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 det senaste året?

SÖKANDE
☐ Nej ☐ Ja
Ange datum för ansökan om A-kassa/Alfa-kassa:
Ange när beslut om ersättning fattades:
Om du inte kan få A-kassa/Alfa-kassa, ange varför:

MEDSÖKANDE
☐ Nej ☐ Ja
Ange datum för ansökan om A-kassa/Alfa-kassa:
Ange när beslut om ersättning fattades:
Om du inte kan få A-kassa/Alfa-kassa, ange varför:

Inkomster (Inkomster i Sverige och/eller utlandet nuvarande månad)

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				

Inkomster (Inkomster i Sverige och/eller utlandet de tre senaste månaderna)

TYP AV INKOMST	INKOMSTER SÖKANDE						INKOMSTER MEDSÖKANDE					
	Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3		Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3	
	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp
Lön efter skatt												
Bostadsbidrag												
Barnbidrag												
Underhålls- stöd												
Aktivitetsstöd												
Aktivitets- ersättning												
Sjukersättning												
Sjukpenning												
Studiebidrag CSN												
Pension												
A-kassa												
Alfa-kassa												
Föräldra- penning												
Etablerings- ersättning												
Studielån CSN												
Vårdbidrag												
Efterlevande- stöd												
Barnpension												
Äldreförsörjn- ingsstöd												
Bostadstillägg												
Skatteåter- bäring												
Insättningar/ överföringar												
Övriga inkomster												

Försörjningsstöd från annan kommun?

☐ Nej	☐ Ja Ange period: Fr.o.m. t.o.m.
------------------------------	--

Har någon i hushållet utmätning hos kronofogden?

☐ Nej ☐ Ja
--

Utgifter (Tidigare utgifter kan påverka vid beräkning av försörjningsstöd, ange utgifter för de tre senaste månaderna i Sverige och/eller utlandet.)

TYP AV UTGIFT	UTGIFTER SÖKANDE						UTGIFTER MEDSÖKANDE					
	Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3		Fyll i månad 1		Fyll i månad 2		Fyll i månad 3	
	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp	Datum	Belopp
Boende-kostnad												
El												
Hem-försäkring												
Bredband												
Barnomsorg												
Fackförenings-avgift												
A-kassa												
Arbets-/plan-eringsresor												
Övrigt												

Läkarvård

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Medicin

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Tandvård

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Andra utgifter

Fyll i månad 1			Fyll i månad 2			Fyll i månad 3		
Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp	Avsåg vem i hushållet	Datum	Belopp

Ekonomiska tillgångar

Har någon i hushållet följande:

Bankmedel, aktier, obligationer, fonder, kontanter ☐ Ja ☐ Nej	Bil ☐ Ja ☐ Nej	Båt, MC, husvagn, moped ☐ Ja ☐ Nej	Företag ☐ Ja ☐ Nej
Bostadsrätt, villa, fastighet ☐ Ja ☐ Nej	Fritidshus ☐ Ja ☐ Nej	Konst, smycken eller andra realiserbara tillgångar ☐ Ja ☐ 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 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