



Ansökan Försörjningsstöd

Ansökan inkom datum:

Besöksdatum:

Handläggare:

Sökande

Medborgarskap:

Sökande: Efternamn och samtliga förnamn

Personnummer:

--	--

Medsökande: Efternamn och samtliga förnamn

Personnummer:

--	--

- Gifta
 Sambo

Legitimation:

Socialkontorets signatur:

--	--

Hemmavarande barn:

Personnummer:

Barn till:

Sökande Medsök. Gem.

Hemmavarande barn:	Personnummer:	Sökande	Medsök.	Gem.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

Telefon Bostad:

Telefon Arbete:

Jag/vi söker bidrag till:

--

Gullspångs Kommun

Socialförvaltningen
Box 80
548 22 HOVA

Växel: 0551-360 00

Arbete/sysselsättning

Sökande:

Medsökande:

Arbete Heltid Deltid _____%

Arbete Heltid Deltid _____%

Arbetsgivare:	Arbetsgivare:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:

Skola/kurs fr.o.m. _____ t.o.m. _____

Skola/kurs fr.o.m. _____ t.o.m. _____

Arbetsgivare:	Arbetsgivare:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:

Arbetslös Sedan datum _____

Arbetslös Sedan datum _____

Anmäld på arbetsförmedlingen datum:	Anmäld på arbetsförmedlingen datum:
Arbetsförmedlingen i:	Arbetsförmedlingen i:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:

A-kassa Sedan datum _____

A-kassa Sedan datum _____

Namn A-kassa:	Namn A-kassa:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:

Sjukskriven Sedan datum _____

Sjukskriven Sedan datum _____

Försäkringskassan i:	Försäkringskassan i:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:

Boendeform

Bostadsrätt Lägenhet Inneboende Villa *se särskild blankett*

Antal rum:	Storlek m ² :	Boendekostnad:
Hyresvärd's namn:		Telefon:

Samtliga inkomster under de tre senaste månaderna

	Månad 1		Månad 2		Månad 3	
	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande
Lön:						
A-kassa:						
Ersättning arbetsmarknadsåtgärd						
Pension						
Sjukpenning:						
Sjukbidrag:						
Handikappersättning:						
Vårdbidrag:						
Studiemedel:						
Studiebidrag:						
Föräldrapenning:						
Barnbidrag:						
Barnpension:						
Underhållsstöd:						
Bostadsbidrag:						
Övrigt:						
Totalsumma:						

OBS! Inkomsterna ska styrkas med specifikationer. Medtag vid besök eller skicka via post.

Övriga tillgångar

<input type="checkbox"/> Bil Märke: _____ Årsmodell: _____ Reg.nr: _____ <input type="checkbox"/> Båt, husvagn <input type="checkbox"/> Aktier, fondsparande <input type="checkbox"/> Bankmedel Övrigt _____

Totalt värde:

Utgifter

	Månad 1	Månad 2	Månad 3
Barnomsorg:			
Fackavgift:			
Arbetsresor:			
Läkare:			
Medicin:			
Hemförsäkring:			
Övrigt:			

OBS! Utgifterna ska styrkas med kvitto. Om ofullständiga uppgifter föreligger eller kompletteringar efter anmodan inte sker kan ansökan ej behandlas.

Övriga upplysningar

Felaktiga uppgifter

Om du/ni lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan du/ni åtalas för bedrägeri. Du/ni kan också bli skyldiga att betala tillbaka det belopp du/ni erhållit med stöd av oriktig eller ofullständig uppgift.

Jag/vi samtycker till att utredning sker enligt socialtjänstlagen kap. 11 §1.

Jag/vi försäkrar att uppgifterna i ansökan med bilagor är sanningsenliga och fullständiga.

Så länge jag/vi får försörjningsstöd ska jag/vi anmäla eventuella förändringar.

Jag/vi godkänner att kontroller görs hos berörda myndigheter.

Ort

Datum

Namnteckning sökande

Namnteckning medsökande

Beviljat försörjningsstöd
utbetalas till:

Bankkonto:

Clearingnummer:

Postgirokonto:

Personkonto:

Postanvisning:

Personuppgiftslagen

När du ansöker om bistånd/insatser enligt Socialtjänstlagen lämnar du vissa personuppgifter. Dessa uppgifter samt anteckningar som förs under den tid som du har insatser från individ- och familjeomsorgen/LSS kommer att behandlas i socialnämndens register för dokumentation av ditt ärende. Alla uppgifter är sekretessbelagda men du har själv rätt att ta del av de uppgifter som rör dig.

Överklagan

Om du inte är nöjd med socialnämndens beslut kan du skriftligen överklaga beslutet. Skrivelsen ska ha inkommit till socialnämnden inom tre veckor från den dag du fick del av beslutet.