



Ankomstdatum	Handläggare	Period
--------------	-------------	--------

### 1. Personuppgifter

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Medsökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Sökandes civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änka/änkling	Medsökandes civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änka/änkling
Hemmaparandebarns efternamn och tilltalsnamn 1.	Personnummer
2.	
3.	

### 2. Bostadsuppgifter

Bostadsadress	Postnummer	Postadress	
Telefon bostad	Mobiltelefon	Telefon arbete	E-postadress
Bostadsyta m2	Antal boende i bostaden	Hyresvärd	
Om du inte har förstahandskontrakt, vem har kontraktet?			<input type="checkbox"/> Egen fastighet eller bostadsrätt

### 3. Arbete/sysselsättning - sökande

Arbetar <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Anställd fr.o.m.	Arbetsgivare
Studerar <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Studerar fr.o.m.	Skola
Arbetslös <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Arbetslös fr.o.m.	Senaste arbetsgivare
Egen företagare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken typ av företag	
Sjukskriven <input type="checkbox"/> Ja Period..... <input type="checkbox"/> Nej	Föräldraledig <input type="checkbox"/> Ja Period ..... <input type="checkbox"/> Nej	
Anmäld hos arbetsförmedlingen – AF <input type="checkbox"/> Ja. Vilken? <input type="checkbox"/> Nej. Anledning?		
Datum för senaste besök hos AF		Handläggare hos AF
Med i A-kassa <input type="checkbox"/> Ja. Vilken? <input type="checkbox"/> Nej		Telefon A-kassa

### 3 b. Arbete/sysselsättning - medsökande

Arbetar <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Anställd fr.o.m.	Arbetsgivare
Studerar <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Studerar fr.o.m.	Skola
Arbetslös <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Arbetslös fr.o.m.	Senaste arbetsgivare
Egen företagare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken typ av företag	
Sjukskriven <input type="checkbox"/> Ja Period..... <input type="checkbox"/> Nej	Föräldraledig <input type="checkbox"/> Ja Period ..... <input type="checkbox"/> Nej	
Anmäld hos arbetsförmedlingen – AF <input type="checkbox"/> Ja. Vilken? <input type="checkbox"/> Nej. Anledning?		
Datum för senaste besök hos AF		Handläggare hos AF
Med i A-kassa <input type="checkbox"/> Ja. Vilken? <input type="checkbox"/> Nej		Telefon A-kassa

**4. Inkomst per månad efter skatt. Redovisa de två senaste månadernas inkomster.**

	Sökande		Medsökande	
	1 mån tillbaka	2 mån tillbaka	1 mån tillbaka	2 mån tillbaka
Lön (bifoga lönebesked)				
Sjukpenning/föräldrapenning				
Barnbidrag + flerbarnstillägg				
Bostadsbidrag				
Bidragsförskott/underhållsbidrag				
Pension, sjuk-/aktivitetsersättning				
A-kassa/Alfakassa				
Aktivitetsstöd				
Studiebidrag/studiemedel				
Andra inkomster*				

\* Andra inkomster kan till exempel vara livränta, vårdbidrag, överskjutande skatt, övriga familjemedlemmars inkomster

**5. Tillgångar**

<input type="checkbox"/> Saknas	
<input type="checkbox"/> Bankmedel	Belopp/värde
<input type="checkbox"/> Bil/MC	
<input type="checkbox"/> Husvagn/båt	
<input type="checkbox"/> Fritidshus	
<input type="checkbox"/> Fastighet/bostadsrätt	
<input type="checkbox"/> Övrigt	

**6. Utgifter per månad**

	Kronor
Boendekostnad – Bifoga hyresavi	
Arbetsresor (ange)sträcka	
Fackföreningsavgift	Dras på lönen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Avgift för barnomsorg	
Kostnader för hemförsäkring	
Läkarvård/medicin	
Elkostnader	
Övrigt	

**7. Ansökan avser**

<input type="checkbox"/> Ekonomiskt bistånd (uppehälle samt utgifter enligt ruta 6):
<input type="checkbox"/> Särskild ansökan som avser:
Övrigt

**9. Försäkran och underskrift** *Oriktiga uppgifter kan medföra polisanmälan*

Jag/vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder oss att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.  
Jag/vi godkänner att kontroll av uppgifter görs hos skattemyndigheten, länsstyrelsen, transportstyrelsen, arbetsförmedlingen, arbetslöshetskassan, arbetsgivaren och Försäkringskassan.  
Jag/vi godkänner att denna ansökan får databearbetas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen.

Datum

Sökandes underskrift

Medsökandes underskrift