



# LILLA EDETS KOMMUN

## Återansökan om försörjningsstöd

Vänta med att lämna in din ansökan tills du har alla uppgifter som måste bifogas.

Handläggare: .....

Ansökan avser år..... månad .....

### Personuppgifter

Sökande efternamn och förnamn		Personnummer		<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående
Medsökande efternamn och förnamn		Personnummer		
Telefonnummer sökande	Telefonnummer medsökande	E-postadress sökande	E-postadress medsökande	
Bostadsadress, postnummer och postadress				
Antal barn	Barnets ålder			
	år	år	år	år

### Information

Ansökan med kopia på underlag samt kontoutdrag ska lämnas in mellan den 17:e och den 26:e varje månad. Handläggningstiden är fem arbetsdagar efter komplett återansökan lämnats in.

Utbetalningsperiod är normalt den 27:e varje månad.

Sysselsättning	Sökande	Medsökande
<b>Arbete</b>	<input type="checkbox"/> Ja, arbetsplats _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, arbetsplats _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Arbetsökande, anmäld hos Arbetsförmedlingen</b>	<input type="checkbox"/> Ja, sedan _____ Handläggare/kontaktperson: _____ Senaste kontakt: _____ Aktivitetsrapporterat: _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan _____ Handläggare/kontaktperson: _____ Senaste kontakt: _____ Aktivitetsrapporterat: _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Studerande</b>	<input type="checkbox"/> Ja, utbildning _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, utbildning _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Sjukskriven med läkarintyg</b>	<input type="checkbox"/> Ja, till och med _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, till och med _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Föräldraledig</b>	<input type="checkbox"/> Ja, antal dagar kvar _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, antal dagar kvar _____ <input type="checkbox"/> Nej
<b>Annat, ange vad:</b>		

Inkomster (ska styrkas med specifikationer)	Sökande	Datum	Med-sökande	Datum	Utgifter (ska styrkas med faktura eller kvitton)	Sökande	Med-sökande
Lön/Aktivitetsstöd					Hyra		
Sjukpenning/Föräldrapenning					El - nät		
A-kassa/Alfa-kassa					El - handel		
Pension/Sjukersättning/ Aktivitetssättning					Arbetsresor		
Underhållsstöd					Hemförsäkring		
Bostadsbidrag					Fackföreningsavgift / A-kasseavgift		
Barnbidrag/Flerbarnstillägg					Sjukvård		
Studiemedel					Medicin inom högkostnad		
Omvårdnadsbidrag					Bredband/Internet		
Överskjutande skatt					Hyresgästföreningsavgift		
Annan inkomst/Tillgång					Annan utgift		
<b>Summa inkomster</b>					<b>Summa utgifter</b>		
Datum för nästa inkomst							
Förändrade förhållanden <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ				Om JA, i så fall vilka:			

### Tänk på att:

- Du måste varje månad bifoga kontoutdrag med ansökan.
- Ansökningsblanketten ska vara fullständigt ifylld. Om du är gift eller sammanboende måste båda skriva under ansökan.
- De utgifter du lämnar ska vara styrkta med specifikationer, som lönebesked, a-kassspecifikation, kvitto på betald hyra och så vidare.
- Om du ansöker om receptbelagd medicin ska kvitto bifogas, där det framgår vilken medicin det är, datum, kostnad och vem medicinen avser.
- Tandvård och glasögon beviljas endast efter godkänt kostnadsförslag.

### Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och fullständiga. Om jag har fått försörjningsstöd genom att lämna felaktiga eller vilseledande uppgifter kan jag bli återbetalningsskyldig och åtalas för bedrägeri. Om jag har fått en felaktig utbetalning kan individnämnden återkräva det som har betalats ut för mycket.

Jag tillåter att uppgifterna i min ansökan kontrolleras av socialsekreterare. Kontroller kan göras hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, A-kassa, bilregister, CSN och Skatteverket. Jag är medveten om att om min ansökan är ofullständigt ifylld eller om det saknas specifikationer till inkomster och utgifter kan ansökan komma att returneras för nödvändig komplettering. Detta kan göra att utbetalning av försörjningsstöd blir försenad.

Jag/Vi är medveten om att jag omedelbart måste anmäla förändringar till socialsekreterare.  
Jag/vi har tagit del av och förstått ovanstående:

Datum	Sökandens underskrift	Medsökandes underskrift
-------	-----------------------	-------------------------

Socialtjänstens anteckningar: