



Månad ansökan avser _____

1. PERSONUPPGIFTER

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Ensamstående Gift/sambo	Personnummer
Medsökandes efternamn och tilltalsnamn	Ensamstående Gift/sambo	Personnummer
Hemmavarande barn		Personnummer

2. BOSTAD

Bostadsadress, postnummer och postadress			Telefon
Antal rum	Antal boende i bostaden	Hyresvärd	Telefon, arbetet
Bostadsyta	Kontraktssinnehavare	Bor i bostadsrätt	Bor i egen fastighet (fyll i fastighetsbilaga)

3. SÖKANDE: ARBETE - SYSSELSÄTTNING de 2 senaste månaderna

Arbetsgivare, utbildning, sjukskrivning, pension, saknar arbete	Fr o m	To m
Datum för arbetslöshet	Medlem i arbetslöshetskassa Ja Nej	
Datum för senaste besöket på Arbetsförmedlingen	Datum för sökt ersättning från arbetslöshetskassa	

4. MEDSÖKANDE: ARBETE - SYSSELSÄTTNING de 2 senaste månaderna

Arbetsgivare, utbildning, sjukskrivning, pension, saknar arbete	Fr o m	To m
Datum för arbetslöshet	Medlem i arbetslöshetskassa Ja Nej	
Datum för senaste besöket på Arbetsförmedlingen	Datum för sökt ersättning från arbetslöshetskassa	

5. VAD SÖKER DU HJÄLP TILL

Försörjningsstöd (personliga kostnader och gemensamma hushållskostnader)
Övrigt:

OBS! Tag med legitimation, hyreskontrakt, hyresavi, kontosammanställning, kontoutdrag och lönespecifikationer samt övrigt som kan verifiera dina inkomster och utgifter.

6. INKOMSTER PER MÅNAD EFTER PRELIMINÄR SKATT

	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	Förra månaden	Denna månad	Förra månaden	Denna månad
A-kassa, Alfa-kassa				
Arbetsinkomst				
Barnbidrag				
Etableringsersättning				
Bostadsbidrag				
Föräldra-/sjukpenning				
Pension, sjukersättning, AMS-förs				
Aktivitetsersättning/Aktivitetsstöd				
Studie-/utbildningsbidrag				
Underhållsstöd, barnpension				
Överskjutande skatt				
Övriga inkomster				

7. TILLGÅNGAR

Saknas	Belopp/värde
Bankmedel/aktier	
Bil/båt	
Skoter/MC/husvagn	
Fastighet	
Vapen	
Övriga tillgångar	

8. UTGIFTER - belopp/mån

Arbetsresor	
Barnomsorgsavgift	
Boendekostnad - fastighet	
Bredband	
El-avgift	
Fackavgift	
Hemförsäkring	
Hyreskostnad	
Övrigt: akut tandvård, läkarvård, specialistkost m.m.	

9. KONTROLLER

Jag godkänner att nödvändiga kontakter får tas med förkryssad myndighet/person. Gäller under ansökt period.

Fordonsregistret

Bolagsverket

Min hyresvärd

Min arbetsgivare

Annan _____

10. KONTO

Kontonummer som pengarna ska sättas in på

11. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag/vi är medvetna om att oriktiga uppgifter kan leda till åtal för misstänkt bedrägeri och kan medföra återbetalningsskyldighet av de belopp som du/ni fått på grund av oriktiga uppgifter

Datum

Sökandes underskrift

Datum

Medsökandes underskrift