



Ansökan om försörjningsstöd

MARIESTAD

Söker för månad
Handläggare

Tidigast den 15e får ansökan för kommande månad lämnas in.

Ansöker Ni/Du för första gången? Ja Nej

Personuppgifter:

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Medborgarskap	Personnummer
Medsökandes efternamn och tilltalsnamn	Medborgarskap	Personnummer

Är uppgifterna nedan samma som på föregående ansökan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (Om nej, fyll i de nya uppgifterna nedan)		
<input type="checkbox"/> Ensamstående	<input type="checkbox"/> Gift/sammanboende	
Bostadsadress	Postnummer	Ort
e-post	Telefon	

Barn:

Namn	Personnummer	Skola/förskola	Bor stadigvarande	Umgänge	Antal dagar/mån
			<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"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bostaden:

<input type="checkbox"/> Egen fastighet	<input type="checkbox"/> Inneboende	Antal rum	Antal boende i bostaden
<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	Kontraktsinnehavare	
<input type="checkbox"/> 2:a handskontrakt		Hyresvärd	

Arbete/sysselsättning:

Sökande		Medsökande	
<input type="checkbox"/> Heltidsarbete	<input type="checkbox"/> Föräldraledig	<input type="checkbox"/> Heltidsarbete	<input type="checkbox"/> Föräldraledig
<input type="checkbox"/> Deltidsarbete	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Deltidsarbete	<input type="checkbox"/> Pension
<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Sjukersättning	<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Sjukersättning
<input type="checkbox"/> Arbetsökande	<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Arbetsökande	<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning
<input type="checkbox"/> Praktik	<input type="checkbox"/> Etableringsersättning	<input type="checkbox"/> Praktik	<input type="checkbox"/> Etableringsersättning
<input type="checkbox"/> Sjukskriven	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/> Sjukskriven	<input type="checkbox"/> Annat
Arbetsplats/arbetsgivare		Arbetsplats/arbetsgivare	
Handläggare Arbetsförmedlingen		Handläggare Arbetsförmedlingen	

Inkomster (efter skatt):

Typ av inkomst	<i>Sökande</i>		<i>Medsökande</i>	
	Summa	Utbetalningsdatum	Summa	Utbetalningsdatum
Aktivitetsstöd/A-kassa	kr		kr	
Barnbidrag/studiebidrag	kr		kr	
Bostadsbidrag/Bostadstillägg	kr		kr	
Föräldrapenning	kr		kr	
Lön	kr		kr	
Pension	kr		kr	
Sjuk- eller aktivitetsersättning	kr		kr	
Sjukpenning	kr		kr	
Etableringsersättning	kr		kr	
Underhållsbidrag/underhållsstöd	kr		kr	
Överskjutande skatt	kr		kr	
Övriga inkomster	kr		kr	

Utgifter som ej beviljas:

påminnelseavgifter, gamla skulder, P-plats, uteblivna besök etc.

Utgifter:*Sökande**Medsökande*

Hyra	kr	Fackföreningsavgift/A-kassa	kr	kr
Hemförsäkring	kr	Arbetsresor	kr	kr
Hushållsel	kr	Läkarvård	kr	kr
Barnomsorgsavgift	kr	Medicin	kr	kr

Tillgångar:	Nej	Ja	Saldo/värde	
Bankmedel/sparande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kr
Fordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kr
Bostadsrätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kr
Fastighet/fritidshus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kr
Värdepapper, t.ex. fonder, aktier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kr
Övriga tillgångar, t.ex. båt, husvagn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kr

Bankkonto

Samma konto som föregående ansökan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej (Om nej, skriv det nya kontonumret nedan)
Clearing	Kontonummer	

Allmänna villkor för försörjningsstöd

- Du ska vistas i kommunen.
- Du ska vara inskriven på Arbetsförmedlingen och stå till arbetsmarknadens förfogande samt aktivt söka arbete.
- Om du inte deltar i anvisad praktik/verksamhet är du inte berättigad till försörjningsstöd.
- Ledighet beviljas inte när du uppbär försörjningsstöd. Vid ogiltig frånvaro görs avdrag, helt eller delvis på försörjningsstödet.
- Sjukdom ska anmälas till arbetsgivaren eller arbetsplatsen. Från sjätte arbetsdagen krävs läkarintyg. Detta lämnas till din arbetsmarknadssekreterare/handläggare. Vid vård av barn gäller samma regler som vid sjukdom.
- Under pågående försörjningsstöd godkänns inte byte till bostad med högre boendekostnad.
- Du ska lämna underlag för samtliga inkomster respektive utgifter vid varje ansökan.
- Eventuellt normöverskott räknas medsom inkomst vid kommande ansökan.
- Utgifter som ej beviljas: påminnelseavgifter, gamla skulder, P-plats, uteblivna besök, etc.

Detta ska lämnas in tillsammans med ansökan första gången.

- Kontosammanställning/kontoöversikt över samtliga bankkonton
 - Bankkontoutdrag för samtliga konton 3 månader tillbaka i tiden
- Kopior på:
- ID-handling
 - Hyreskontrakt
 - Räkningarna (utgifterna du söker för)
 - Läkarintyg (om du är sjukskriven)
 - Handlingsplan (från Arbetsförmedlingen)

OBS vänd!

Samtycke

För att underlätta för mig i min ansökan om försörjningsstöd, samtycker jag till att Socialnämnden inhämtar uppgifter om mina personliga förhållanden från nedan nämnda myndigheter:

- Patent- och registreringsverket,
- Socialtjänst i annan kommun,
- Försäkringskassan,
- Arbetsförmedlingen,
- CSN,
- Skattemyndigheten,
- Pensionsmyndigheten,
- Arbetsmarknadssekreterare.

Samtycket omfattar även rätt att kontrollera uppgifter om mina personliga förhållanden som har betydelse för försörjningsstöd från nyss nämnda myndigheter så länge mitt ärende om försörjningsstöd pågår. Samtycket upphör omedelbart om det återkallas.

Försäkran och underskrift

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga.
- Jag förbinder mig att anmäla ändringar i de lämnade uppgifterna.
- Jag bekräftar att jag tagit del av information om allmänna villkor för försörjningsstöd på sidan 3 i denna ansökan och godkänner ovanstående samtycke.

Datum
Sökandes underskrift
Medsökandes underskrift

Lämnas in till:

Besöksadress

Maria Nova
Blombackagatan 16
Mariestad

Skickas till:

Postadress

Mariestads kommun
Försörjningsstöd
542 86 Mariestad