



# Ansökan om bidrag ur Sociala Samfonden 2017

Namn		Personnummer	
Adress		Telefonnummer	
Postadress			
<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal barn under 18 år <input type="text"/> st.
Personnummer för hemmaboende barn i familjen			
Clearingsnummer	Bankkontonummer		

TILLGÅNGAR	Sökande	Maka/Make	Barn under 18 år
Bankmedel/Fonder			

**INKOMSTER** BÅDA VUXNAS INKOMSTER SKA REDOVISAS

Aktivitetsstöd (netto)		
A-kassa/Alfakassa (netto)		
Lön (netto)		
Pension (netto)		
Bostadsbidrag		
Barnbidrag/studiebidrag		
Underhållsstöd		
Föräldrapenning (netto)		
Sjukpen./sjukersät.(netto)		
Ev. övriga inkomster		

**UTGIFTER**

Hyra/boendekostnad		
Övriga utgifter ex. barnomsorg, el		

Härmed försäkras på heder och samvete att här lämnade uppgifter är med sanningen överensstämmande.

Namn	Ort och datum
------	---------------

**Blanketten skickas till:**

Mariestads kommun  
Sektor stöd och omsorg  
Kyrkogatan 2  
542 86 Mariestad

**Eller lämnas in på:**

Receptionen Stadshuset  
Kyrkogatan 2  
Märkt med  
"Sektor stöd och omsorg"

**Ansökan ska vara inlämnad senast 2017-11-24**