



**MORA**

## ÅTERBESÖKSFORMULÄR

**Socialtjänsten, Individ- och familjeomsorg**

**Ansökan inkom:**

### TIDSBOKNING

Du / Ni har fått tid för återbesök	Datum	Klockslag
Hos handläggare		

### ANSÖKAN OM FÖRSÖRJNINGSTÖD, KOMPLETTERANDE MÅNADSUPPGIFTER

Efternamn och tilltalsnamn - sökande	Personnummer
Efternamn och tilltalsnamn - medsökande	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Hemmavarande barn / Umgängesbarn	Personnummer

### ANSÖKAN AVSER

År

Månad

Försörjningsstöd till uppehälle o boende  Övrigt med särskild prövning  Beskriv på följande rader

_____
_____
_____
_____

### FÖRÄNDRADE FÖRHÅLLANDEN

Vid första ansökningstillfället lämnades uppgifter om bostad, familj, arbete, tillgångar och skulder. Om något av detta förändrats skall detta anges här.

Ange också om det har skett andra förändringar som kan påverka behovet av försörjningsstöd

_____
_____
_____
_____

INKOMST PER MÅNAD EFTER SKATT	SÖKANDE		MEDSÖKANDE	
	Utbet.dag	Belopp	Utbet.dag	Belopp
Arbetsinkomst				
A-kassa / ALFA				
Sjukpenning / Aktivitetsstöd				
Föräldrapenning				
Barnbidrag / Studiebidrag inkl flerbarnstillägg				
Underhållsstöd				
Bostadsbidrag (även retroaktivt)				
Vårdbidrag / Handikappersättning				
Kapital				
Spelinkomst / AFA / AMF Övriga inkomster och insättningar				
Ange datum för nästa lön / annan inkomst	Datum		Datum	

#### UTGIFTER PER MÅNAD

Hyra / boendekostnad		
Barnomsorg		
Fackföreningsavgift / A-kassa		
Läkarbesök / Medicin		
El		
Hemförsäkring		
Hemtjänstavgift		
Arbetsresor		
Övrigt		

Till ansökan skall bifogas specificering av löner och andra inkomster

#### FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter som lämnats i ansökan är korrekta och jag förbinder mig att meddela socialtjänsten om mina/min familjs förhållanden förändras (familjesammansättning, bostad, ekonomi).  
Jag tillåter att socialtjänsten inhämtar de uppgifter som kan behövas för prövning av ansökan från

Försäkringskassan  Arbetsförmedlingen  A-kassan   
 CSN  Skattemyndigheten  Bilregistret   
 Arbetsgivare / arbetsplats  Landstinget vid sjukskrivning

Datum	Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift
-------	----------------------	-------------------------