



Socialkontoret  
792 80 MORA  
Tel 0250-264 00

## ANSÖKAN OM FÖRSÖRJNINGSTÖD

Datum

**MORA**

Tid bokad:

.....  
Ta med bilagor enligt folder.

1. Vad söker Du/Ni försörjningsstöd till? Vilken månad


2. Sökande

Medsökande

Namn		Namn	
Adress		Adress	
Postnummer och ort		Postnummer och ort	
E-post adress		E-post adress	
Personnummer (10 siffror)	Telefonnummer	Personnummer (10 siffror)	Telefonnummer
Yrke / sysselsättning	Civiltillstånd	Yrke / sysselsättning	Civiltillstånd
Mantalskriven kommun	Medborgarskap (om ej svenskt)	Mantalskriven kommun	Medborgarskap (om ej svenskt)

3. Barn

Namn	Personnummer (10 siffror)	Medborgarskap (om ej svenskt)	Vistas i hemmet / Umgänge
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer (10 siffror)	Medborgarskap (om ej svenskt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer (10 siffror)	Medborgarskap (om ej svenskt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer (10 siffror)	Medborgarskap (om ej svenskt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer (10 siffror)	Medborgarskap (om ej svenskt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer (10 siffror)	Medborgarskap (om ej svenskt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

4. Hur bor Du/Ni?

<input type="checkbox"/> Hyreslägenhet	<input type="checkbox"/> Egen fastighet	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/> Insatslägenhet
Storlek: Antal rum	Hyra: Exkl el och parkeringsplats	Bostadsbidrag	Uthyrningsinkomst

5. Vad äger Du/Ni?

Kontanter Kr	Bil: Märke, årsmodell, värde	
Bankmedel Kr	Fast egendom exempel skog m.m.	Övrigt

6. Bilagor

<input type="checkbox"/> Fastighetsbilaga	<input type="checkbox"/> Övrigt
---	---------------------------------

Var god vänd!

## 7. Vilka nettoinkomster (inkomst efter skatt) har Du/Ni?

	Utbet.dag	Månad		Månad		Månad	
		Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande
Arbetsinkomst							
A-kassa / ALFA							
Sjukpenning							
Föräldrapenning							
Barnbidrag							
Underhållsstöd							
Bostadsbidrag							
Sjuk- aktivitetsersättning							
Vårdbidrag/handikappersättning							
SUMMA							

## 8. Vilka utgifter har Du/Ni?

	Månad		Månad		Månad	
	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande	Sökande	Medsökande
Boendekostnad						
Barnomsorgsavgift						
Fackföreningsavgift						
Medicin/Läkare						
El						
Hemförsäkring						
Hemtjänstavgift						
Arbetsresor						
Övrigt						

## 9. Vilka skulder (ej fastighet) har Du/Ni?

Skulden avser	Uppstod datum	Ursprungsbelopp	Återstår att bet	Bet med kr/mån	Anmärkingar

## 10. Sysselsättning de senaste 3 månaderna


## 11. Övriga upplysningar

Bank: _____ Cl.nr/kontonummer _____

## 12. Försäkran och underskrift

<b>Jag försäkrar, att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig att snarast anmäla förändringar i lämnade uppgifter</b>	
<b>Jag tillåter att socialtjänsten inhämtar de uppgifter som kan behövas för prövning av ansökan från:</b>	
<input type="checkbox"/> Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen
<input type="checkbox"/> A-kassan	<input type="checkbox"/> Studiemedelsnämnden
<input type="checkbox"/> Skattemyndigheterna	<input type="checkbox"/> Bilregistret
<input type="checkbox"/> Patent- och registreringsverket	<input type="checkbox"/> Arbetsgivaren
<input type="checkbox"/> Jag lämnar mitt samtycke att ta kontakt med förra kommunens socialtjänst	
Sökandens namnteckning	Medsökandens namnteckning