

# Återansökan ekonomiskt bistånd

Alla fält **måste** vara ifyllda för att ansökan ska vara komplett. Om du exempelvis inte har någon inkomst måste alla fält vara ifyllda med 0kr.

Gifta och sammanboende har ömsesidig underhållsskyldighet och ska ansöka om ekonomiskt bistånd gemensamt. Uppgifter gällande båda lämnas därför på blanketten.

De personuppgifter som lämnas på denna blankett kommer att registreras i socialtjänstens datasystem och användas i utredningen av din/er rätt till ekonomiskt bistånd.

Vill du/ni ha information om hur dina/era personuppgifter används kan du/ni kontakta socialtjänsten.

Ansökan avser månad:

Handläggare:

## Personuppgifter sökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort/postadress

Telefon

Epost

## Medsökande finns?

☐

Ja

☐

Nej

Förnamn

Efternamn

Personnummer

## Har det skett några förändringar sedan din senaste ansökan?

Har din situation förändrats på ett sätt som kan påverka din/er rätt till försörjningsstöd (ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)?

☐

Ja

☐

Nej

Ange vad:

**Besöksadress** Polhemsgatan 29

**Postadress** SE-621 39 Visby

**Telefon** +46 (0)498 26 88 19 vxl

**E-post** forsojningsstod@gotland.se

**Webbplats** www.gotland.se



| Ansökan avser                            |               |        |
|------------------------------------------|---------------|--------|
| Kostnader                                | Förfallodatum | Kronor |
| Boendekostnad                            |               |        |
| El                                       |               |        |
| Fackföreningsavgift                      |               |        |
| Arbets-/planeringsresor                  |               |        |
| Barnomsorg                               |               |        |
| Hemförsäkring                            |               |        |
| Bredband                                 |               |        |
| Akassa                                   |               |        |
|                                          |               |        |
| <b>Läkarvård</b> (inom högkostnadsskydd) |               |        |
| Avser vem i hushållet?                   | Datum         | Kronor |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
| <b>Medicin</b> (inom högkostnadsskydd)   |               |        |
| Avser vem i hushållet?                   | Datum         | Kronor |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
| <b>Övrigt</b>                            | Ange vad      | Kronor |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |
|                                          |               |        |

## Inkomster (Sökande)

Inkomster för sökande sedan senaste ansökningstillfället

| Typ av inkomst                            | Belopp i kronor | Datum för inkomst |
|-------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| Lön efter skatt                           |                 |                   |
| Bostadsbidrag                             |                 |                   |
| Barnbidrag                                |                 |                   |
| Underhållsstöd                            |                 |                   |
| Aktivitetsstöd                            |                 |                   |
| Aktivitetsersättning                      |                 |                   |
| Sjukersättning                            |                 |                   |
| Sjukpenning                               |                 |                   |
| Studiebidrag CSN                          |                 |                   |
| Pension                                   |                 |                   |
| A-kassa                                   |                 |                   |
| Alfa-kassa                                |                 |                   |
| Föräldrapenning                           |                 |                   |
| Etableringsersättning                     |                 |                   |
| Studielån CSN                             |                 |                   |
| Vårdbidrag                                |                 |                   |
| Efterlevandestöd                          |                 |                   |
| Barnpension                               |                 |                   |
| Äldreförsörjningsstöd                     |                 |                   |
| Bostadstillägg                            |                 |                   |
| Skatteåterbäring                          |                 |                   |
| Insättningar/överföringar,<br>t. ex Swish |                 |                   |
| Övriga inkomster                          |                 |                   |

## Inkomster (Medsökande)

Inkomster för medsökande sedan senaste ansökningstillfället

| Typ av inkomst                            | Belopp i kronor | Datum för inkomst |
|-------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| Lön efter skatt                           |                 |                   |
| Bostadsbidrag                             |                 |                   |
| Barnbidrag                                |                 |                   |
| Underhållsstöd                            |                 |                   |
| Aktivitetsstöd                            |                 |                   |
| Aktivitetsersättning                      |                 |                   |
| Sjukersättning                            |                 |                   |
| Sjukpenning                               |                 |                   |
| Studiebidrag CSN                          |                 |                   |
| Pension                                   |                 |                   |
| A-kassa                                   |                 |                   |
| Alfa-kassa                                |                 |                   |
| Föräldrapenning                           |                 |                   |
| Etableringsersättning                     |                 |                   |
| Studielån CSN                             |                 |                   |
| Vårdbidrag                                |                 |                   |
| Efterlevandestöd                          |                 |                   |
| Barnpension                               |                 |                   |
| Bostadstillägg                            |                 |                   |
| Skatteåterbäring                          |                 |                   |
| Insättningar/överföringar,<br>t.ex. Swish |                 |                   |
| Övriga inkomster                          |                 |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Försörjningsstöd från annan kommun</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nej  |
| Om Ja, Beräkningsperiod:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |
| <b>Från:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Till:</b>                  |
| <b>Eventuella upplysningar du/ni vill lämna</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
| <b>Samtycke</b><br>Jag samtycker till att kontakt tas med berörda parter avseende de utgifter som jag ansökt om för att min ansökan ska kunna utredas.<br>Jag samtycker även till att inkomster från andra myndigheter och arbetsgivare kan tas med i beräkningen om de inte angetts på ansökan.                                                                                                                              |                               |
| <b>Ange om du vill lämna samtycke till att Försörjningsstöd kontaktar annan verksamhet, till exempel annan del av socialtjänsten, frivården, arbetsförmedlingen eller dylikt. Du kan när som helst dra tillbaka samtycket.</b>                                                                                                                                                                                                |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
| <b>Ange undantag från samtycke</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
| Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag lovar att omgående meddela Socialtjänst – försörjningsstöd om uppgifterna förändras. Jag är medveten om att det är straffbart att lämna oriktiga uppgifter och att det kan leda till polisanmälan om misstänkt bidragsbrott samt skyldighet att återbetala det ekonomiska bistånd som har utbetalats utifrån oriktiga eller ofullständiga uppgifter. |                               |
| <b>Datum</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |
| <b>Underskrift sökande</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Underskrift medsökande</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |