



Ekonomi / vuxenheten
Tel: 0611 - 34 80 00
Socialförvaltningen, 871 31 Härnösand
Besöksadress: Trädgårdsgatan 7
socialforvaltningen@harnosand.se

Handläggare _____

**Ansökan skickas till:
Socialförvaltningen , 871 31 Härnösands kommun**

Vad söker du hjälp till?

Försörjningsstöd enligt riksnormen. Månad/period: _____

Annat ekonomiskt bistånd _____

Personuppgifter

Namn, sökanden _____ Personnummer _____

Civilstånd _____

Namn, medsökanden _____ Personnummer _____

Civilstånd _____

Adress _____ Postnummer _____ Ort _____

Telefon _____ E-postadress _____

Hemmaboende barn

Ange antal dagar

Namn _____ Personnummer _____ Bor heltid _____ Bor deltid _____

Namn _____ Personnummer _____ Bor heltid _____ Bor deltid _____

Namn _____ Personnummer _____ Bor heltid _____ Bor deltid _____

Namn _____ Personnummer _____ Bor heltid _____ Bor deltid _____

Namn _____ Personnummer _____ Bor heltid _____ Bor deltid _____

Bostad

Hyresrätt Bostadsrätt Egen fastighet Antal personer i bostaden _____

Lägenhet i andra hand Inneboende Hemmaboende hos förälder Hyresvärdens namn _____

Sysselsättning

	SÖKANDEN		MEDSÖKANDEN		
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Arbetssökande (redovisa sökta jobb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Praktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Studier, SFI, Hermods m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Föräldraledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukersättning, aktivitetsersättning, pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukskriven (bifoga läkarintyg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specificera _____

Inkomster

SÖKANDEN		MEDSÖKANDEN	SÖKANDEN		MEDSÖKANDEN
A-kassa/Alfa-kassa			Pension/ Äldreförsörjningsstöd		
Aktivitetsstöd			Sjukersättning/ Aktivitetsersättning		
Barnbidrag			Sjukpenning		
Barnpension			Studiemedel/studiebidrag/ Inackorderingstillägg		
Bostadsbidrag			Underhållsstöd		
Bostadstillägg			Vårdbidrag		
Etableringsersättning			Annan inkomst (tjänstepension, skatteåterbäring, hyra från inneboende mm.)		
Föräldrapenning/ tillfällig föräldrap					
Lön, bifoga lönespec.					

Tillgångar och utgifter

TILLGÅNGAR

- Saknas
 Bankmedel
 Bil
 Bostadsrätt/
 Fastighet
 Fritidshus
 Båt
 Övrigt

Belopp	Värde

UTGIFTER

	Kronor
Boendekostnad	
Hushållsel	
Hemförsäkring	
Avgift barnomsorg/social hemtjänst	
Hälso- och sjukvård	
Medicin inom högkostnadsskydd	
Tandläkarvård	
Övrigt, ange vad	

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och skall så länge jag uppbär försörjningsstöd omedelbart anmäla eventuella förändringar i lämnade uppgifter.

Bifoga kontoutdrag från samtliga bankkonton, hyresavi och underlag på övriga utgifter.

Datum	Bank
Underskrift sökanden	Kontonummer
Underskrift medsökanden	

Om ansökan inte är fullständigt ifylld innebär det en fördröjning av handläggningen. Saknas nödvändiga underlag kan ansökan komma att avslås. Om du lämnar oriktiga uppgifter i ansökan, eller inte anmäler förändringar som rör din ekonomiska situation, riskerar du polisanmälas enligt 6 § bidragsbrottslagen. Du kan i sådana fall också bli tvungen att betala tillbaka bistånd som du redan fått.

Övriga upplysningar till handläggaren

När jag lämnar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar uppgifterna enligt Dataskyddsförordningen GDPR. www.harnosand.se/gdpr