



ARBOGA  
KOMMUN

# ANSÖKAN EKONOMISKT BISTÅND

Socialtjänsten  
Box 87, 732 22 Arboga

Telefon 0589-87 040  
Telefontid måndag – fredag 8:45 - 9:30

**Beräkningsperiod:**

**Handläggare:**

## ID-kontroll

**Sökande**  ID uppvisat  Känd **Medsökande**  ID uppvisat  Känd

## Ansökan avser (Lämna kopia på fakturor och kvitton)

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Riksnorm | Ekonomiskt bistånd till kostnader, fyll i kostnad (Bifoga faktura och/eller kvitto) | Övrigt ekonomiskt bistånd, fyll i kostnad (Bifoga kvitto och/eller högkostnadskort) |
| I riksnormen ingår kostnad för:   |   |   |
| ▪ livsmedel                       | <input type="checkbox"/> Hyreskostnad <input type="text"/> Kr                       | <input type="checkbox"/> Medicin enligt recept <input type="text"/> Kr              |
| ▪ kläder/skor                     | <input type="checkbox"/> Fackavgift <input type="text"/> Kr                         | <input type="checkbox"/> Läkarvård <input type="text"/> Kr                          |
| ▪ lek/fritid/barnförsäkring       | <input type="checkbox"/> Arbetsresor <input type="text"/> Kr                        | <input type="checkbox"/> Barnomsorg <input type="text"/> Kr                         |
| ▪ förbrukningsvaror               | <input type="checkbox"/> Hushållsel <input type="text"/> Kr                         | <input type="checkbox"/> Färdtjänst <input type="text"/> Kr                         |
| ▪ hälsa/hygien                    | <input type="checkbox"/> Hemförsäkring <input type="text"/> Kr                      | <input type="checkbox"/> Akut tandvård <input type="text"/> Kr                      |
| ▪ Dagstidning                     |   |   |
| ▪ Telefon                         |   |   |
| ▪ TV-avgift                       |   |   |

Annat

Ange vad och kostnad. Bifoga faktura, kvitto eller dylikt.

## Personuppgifter

Efternamn och förnamn, sökande

Personnummer

Efternamn och förnamn, medsökande

Personnummer

Bostadsadress

Telefon bostaden

Postnummer, Ortsnamn

Telefon arbete

Antal barn

## Har det skett några förändringar sedan föregående ansökningstillfälle? – Bifoga specifikationer

Gällande familjesituationen?	<input type="checkbox"/>	NEJ	<input type="checkbox"/>	JA	Om ja, vilken?
Gällande boendet?	<input type="checkbox"/>	NEJ	<input type="checkbox"/>	JA	Om ja, vilken?
Gällande sysselsättning?	<input type="checkbox"/>	NEJ	<input type="checkbox"/>	JA	Om ja, vilken?
Gällande den ekonomiska situationen?	<input type="checkbox"/>	NEJ	<input type="checkbox"/>	JA	Om ja, vilken?
Annat av betydelse?	<input type="checkbox"/>	NEJ	<input type="checkbox"/>	JA	Om ja, vilken?

Meddelanden

## Inkomster

(Redovisa alla inkomster sedan senaste ansökningstillfället, eller 30 dagar från ansökningstillfället)

	Sökande		Medsökande	
	Summa	Datum	Summa	Datum
Etableringsersättning				
Lön				
Sjukpenning				
Föräldrapenning				
Arbetslöshetsersättning/A-kassa/ALFA-kassa				
Aktivitetsstöd/Utvecklingsersättning				
Sjukersättning/Aktivitetsersättning				
Studiemedel				
Studiebidrag				
Bostadsbidrag				
Barnbidrag				
Underhållsstöd/-bidrag				
Vårdbidrag				
Pension				
Skatteåterbäring				
Livränta/AFA-försäkring				
Annat				

## Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Jag informeras på detta sätt att uppgifterna registreras i socialtjänstens dataregister. Jag tillåter att uppgifterna i ansökan kontrolleras hos:

- |  |   |                                       |  |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Polismyndigheten           | <input type="checkbox"/> Bolagsverket | <input type="checkbox"/> Vuxenutbildningen     |
| <input type="checkbox"/> A-kassa           | <input type="checkbox"/> Skatteverket               | <input type="checkbox"/> Hyresvärd    | <input type="checkbox"/> CSN                   |
| <input type="checkbox"/> ALFA-kassa        | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling           | <input type="checkbox"/> Arbetsgivare | <input type="checkbox"/> Kronofogdemyndigheten |
| <input type="checkbox"/> Frivården         | <input type="checkbox"/> Arbetsmarknadsverksamheten | <input type="checkbox"/> Bilregistret | <input type="checkbox"/> Utflyttningskommun    |

Jag förbinder mig att omgående anmäla förändringar beträffande uppgifter som lämnats i denna ansökan och som kan påverka min rätt till ekonomiskt bistånd.

Datum	Datum
Sökandes underskrift	Medsökandes underskrift

*Både sökande och medsökande måste skriva under ansökan.*

## Observera!

Om du/ni lämnar oriktiga uppgifter i ansökan eller underlåter att anmäla förändringar kan du/ni anmälas för bedrägeri till polismyndigheten. Du/ni kan då bli skyldiga att betala tillbaka det belopp som du/ni erhållit på grund av oriktiga uppgifter.