



**KALIX KOMMUN**  
Socialförvaltningen

# ANSÖKAN OM FÖRSÖRJNINGSTÖD/EKONOMISKT BISTÅND

**Besöksinformation**  
Centrumvägen 54  
Kalix

**Postadress**  
Kalix Kommun  
Socialnämnden  
Nygatan 4  
952 81 KALIX

**Telefon/fax:**  
Tel: 0923-650 00  
Fax: 0923-656 59  
Hemsida: [www.kalix.se](http://www.kalix.se)  
E-post: ifo@kalix.se

Ankom

## Personuppgifter

Sökandes personnummer	Efternamn	Tilltalsnamn
Medsökandes personnummer	Efternamn	Tilltalsnamn
Gemensamt hushåll <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Civilstånd sökande <input type="checkbox"/> Gift/Reg partner <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Skild	Civilstånd medsökande <input type="checkbox"/> Gift/Reg partner <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Skild
Telefonnummer sökande	Telefonnummer medsökande	E-postadress
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    Om ja, vilket språk:		

## Hemmaboende barn

Barnets personnummer	Efternamn och tilltalsnamn	Hemmaboende (folkbokförd)	Växelvis boende	Umgänge antal dagar

## Bostad

Adress		
Antal rum (ej kök)	Antal boende i bostaden	Hyra kronor/månad
Bostad hyrs i <input type="checkbox"/> 1a hand <input type="checkbox"/> 2a hand <input type="checkbox"/> Inneboende	Hyresvärd	Eget boende <input type="checkbox"/> Hus <input type="checkbox"/> Bostadsrätt

## Ansökan avser månad: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd enligt riksnorm. <input type="checkbox"/> I riksnorm ingår kostnader för:	<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd till övriga kostnader, bifoga faktura eller kvitto.	Läkarvård _____ kr
-Livsmedel _____	Boendekostnad _____ kr	Barnomsorg _____ kr
-Kläder/skor _____	Hushållsel _____ kr	Hemtjänst _____ kr
-Lek/fritid _____	Hemförsäkring _____ kr	Internet _____ kr
-Hälsa/hygien _____	Fackavgift/A-kassa _____ kr	Annat bistånd _____
-Dagstidning/telefon _____	Arbetsresor _____ kr	

## Utbetalning

Bank:	<input type="checkbox"/> Samma konto som förra ansökan
Clearingnr:	Kontonr:

## Sysselsättning

Sökande

Medsökande

<input type="checkbox"/> Arbetar heltid	<input type="checkbox"/> Arbetar heltid
<input type="checkbox"/> Arbetar deltid/timmar	<input type="checkbox"/> Arbetar deltid/timmar
<input type="checkbox"/> Saknar arbete	<input type="checkbox"/> Saknar arbete
<input type="checkbox"/> Anmäld på arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/> Anmäld på arbetsförmedlingen
<input type="checkbox"/> Sjukskriven	<input type="checkbox"/> Sjukskriven
<input type="checkbox"/> Föräldraledig	<input type="checkbox"/> Föräldraledig
<input type="checkbox"/> Har sjuk-/aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Har sjuk-/aktivitetsersättning
<input type="checkbox"/> Ålderspension	<input type="checkbox"/> Ålderspension
<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Studerande
<input type="checkbox"/> Annat:	<input type="checkbox"/> Annat:

## Tillgångar

	Belopp, värde i kronor		Belopp, värde i kronor
Bankmedel, kontanter		Aktier, fonder, obligationer	
Fordon (ex. bil, båt, skoter)		Villa, bostadsrätt	
Övrigt		Barns tillgångar	

## Inkomster

Vilka inkomster har Du/Ni? (Efter skatt)

Inkomst	Sökande	Medsökande	Inkomst	Sökande	Medsökande
Lön			Bostadsbidrag/Bostadstillägg		
A-kassa			Barnbidrag/Studiebidrag		
Aktivitetsstöd/ Utvecklingsersättning			Underhållsstöd		
Sjukpenning			Pension		
Föräldrapenning			Skatteåterbäring		
Sjukersättning/ aktivitetsersättning			Insättning på kontot		
Etableringsersättning			Övrigt		

### Utmätning av inkomst:

Sökande  Ja \_\_\_\_\_ kr/mån  Nej  
Medsökande  Ja \_\_\_\_\_ kr/mån  Nej

## Samtycke

### Information till registrerade

När du skickar in denna blankett kommer dina personuppgifter att behandlas av socialnämnden i Kalix kommun. Socialnämnden är personuppgiftsansvarig för personuppgifter inom socialförvaltningen. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisar vi till: <https://www.kalix.se/kommun/Beslut-insyn-och-rattssakerhet/personuppgifter/>  
Du kan även få information om vilka personuppgifter vi har sparat om dig, genom att skicka en skriftlig begäran till socialnämnden. För din information vill vi meddela att dina personuppgifter används för handläggning, dokumentation, administration, verkställighet av beslut, behandlingsarbete och annat som ingår i myndighetsutövningen inom socialnämndens verksamhetsområde. Vi kommer även att inhämta nödvändiga uppgifter från andra myndigheter för att kunna behandla din ansökan vilket stöds av Artikel 21 (GDPR). Om du vill ha ytterligare information om vilka personuppgifter som finns registrerade eller om du vill att dessa skall ändras är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till: Kalix kommun, Socialnämnden, Dataskyddsombud Thomas Johansson, Nygatan 4, 952 81 Kalix eller socialnamnden@kalix.se.

Genom Din/Er underskrift nedan tillåter Du/Ni att uppgifterna i ansökan får kontrolleras hos:

- Försäkringskassa
- Arbetsförmedling
- Arbetslöshetskassa
- Skatteverket
- Kronofogdemyndigheten
- CSN
- Arbetsgivare
- Bilregister

**Om Du/Ni lämnar oriktiga uppgifter i ansökan, eller inte anmäler förändringar som rör Dina/Er ekonomiska förhållanden, riskerar Du/Ni att åtalas för bedrägeri. Du/Ni kan i sådana fall bli tvungen att betala tillbaka bistånd som Du/Ni redan fått.**

## Underskrift

Jag/Vi försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig/oss att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.

Datum

Sökandes namnteckning

Datum

Medsökandes namnteckning