



Ansökningsdatum	Handläggare	Ansökan avser: År	Månad
-----------------	-------------	----------------------	-------

**ANSÖKAN AVSER**

<input type="checkbox"/> Ekonomiskt bistånd enligt riksnormen:
<input type="checkbox"/> Annat ekonomiskt bistånd, ex glasögon, tandvård, etc:

**SÖKANDE**

Personnummer	För- och efternamn	Civilstånd <input type="checkbox"/> Ensamstående
Personnummer	För- och efternamn	<input type="checkbox"/> Gift/Sambo

**HEMMAVARANDE BARN**

Personnummer	Namn	Antal dagar barnet bor i hushållet	
		<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar
		<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar
		<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar
		<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar
		<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar
		<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid, antal dagar

**BOSTAD**

Bostadsadress	Postadress	
Telefon	E-postadress	
<input type="checkbox"/> Hyreslägenhet med eget kontrakt	<input type="checkbox"/> Lägenhet i andra hand	<input type="checkbox"/> Egen fastighet
<input type="checkbox"/> Inneboende	<input type="checkbox"/> Bor hos föräldrar	<input type="checkbox"/> Annat boende, ange vad: _____
Antal rum	Antal boende i bostaden -	Vuxna:                      Barn:
Kontraktssinnehavare, namn och personnummer		Hyresvärdens namn och telefonnummer

**UTGIFTER**

Försörjningsstöd	Belopp	Bistånd till livsföring i övrigt	Belopp
Hyra		Läkarvård	
El		Medicin	
Arbetsresor		Tandvård	
Hemförsäkring		Glasögon	
A-kassa och fackavgift		Flyttkostnader	
		Annat	

**INKOMSTER**Har du/ni några inkomster ?  NEJ  JA, fyll i nedan

	Sökande	Medsökande		Sökande	Medsökande
<input type="checkbox"/> A-kassa/ALFA-kassa			<input type="checkbox"/> Lön, arvode		
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd/Aktivitetsersättning			<input type="checkbox"/> Sjukersättning/sjukpenning		
<input type="checkbox"/> Barnbidrag/tillägg			<input type="checkbox"/> Skatteåterbäring		
<input type="checkbox"/> Bostadsbidrag			<input type="checkbox"/> Underhållsstöd		
<input type="checkbox"/> Föräldrapenning			<input type="checkbox"/> Annat		

Väntar du/ni någon ny inkomst de närmaste 30 dagarna ?  NEJ  JA**TILLGÅNGAR**Har du/ni några tillgångar?  NEJ  JA, fyll i nedan

	Belopp/värde
<input type="checkbox"/> Bankmedel	
<input type="checkbox"/> Fonder/aktier	
<input type="checkbox"/> Bil, MC, båt, skoter mm	
<input type="checkbox"/> Pensionsförsäkring	
<input type="checkbox"/> Barns tillgångar	
<input type="checkbox"/> Annat	

**ARBETE/SYSSELSÄTTNING**

Sökande		Medsökande	
<input type="checkbox"/> Sjukskriven	Period .....bifoga läkarintyg	<input type="checkbox"/> Sjukskriven	Period .....bifoga läkarintyg
<input type="checkbox"/> SFI	Bifoga närvarorapport	<input type="checkbox"/> SFI	Bifoga närvarorapport
<input type="checkbox"/> Föräldraledig	Bifoga underlag och ersättning från Fk	<input type="checkbox"/> Föräldraledig	Bifoga underlag och ersättning från Fk
<input type="checkbox"/> Arbetar hel-/deltid	Bifoga anställningsbevis och lönespec.	<input type="checkbox"/> Arbetar hel-/deltid	Bifoga anställningsbevis och lönespec.
<input type="checkbox"/> Arbetssökande		<input type="checkbox"/> Arbetssökande	
<input type="checkbox"/> Praktik	Bifoga närvarorapport	<input type="checkbox"/> Praktik	Bifoga närvarorapport
<input type="checkbox"/> Annat		<input type="checkbox"/> Annat	
Är du medlem i någon A-kassa/ALFA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		Är du medlem i någon A-kassa/ALFA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA	
Om JA, vilken.....		Om JA, vilken.....	

**Underskrift**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Socialtjänsten.

Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Socialtjänsten när uppgifter jag lämnat förändrats.

Genom att skriva under ansökan godkänner jag att Socialtjänsten får ta kontakt med de parter som anges i ansökan, exempelvis arbetsgivare och försäkringskassa.

*Ort och datum*

*Ort och datum*

*Sökandes underskrift*

*Medsökandes underskrift*

*Namnförtydligande*

*Namnförtydligande*

**Skicka din ansökan till;**

*Antingen via post eller e-post*

Bjurholms kommun, Socialtjänsten, 916 81 Bjurholm

E-post: [kommunen@bjurholm.se](mailto:kommunen@bjurholm.se) Märk e-post med "Ekonomiskt bistånd"

Bjurholms kommun behöver spara och behandla personuppgifter om dig, så som namn och personnummer. Syftet med personuppgiftsbehandlingen är att kunna behandla ditt ärende (på grund av lag, avtal eller andra skäl). Vi efterfrågar bara sådana personuppgifter som krävs för att vi ska kunna behandla ditt ärende.

Vi tillämpar vid var tid gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Dina uppgifter sparas som en allmän handling. Detta innebär att även personuppgifter kan begäras och lämnas ut som en del av allmän handling oavsett för vilket ändamål personuppgiften ursprungligen behandlades. Denna rätt gäller dock inte om handlingarna innehåller uppgifter som är belagda med sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

De personuppgifter vi behandlar om dig kan komma att delas med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga enligt lag. Får vi inte ta del av dina personuppgifter kan vi inte svara på ditt ärende.

Personuppgiftsansvarig är respektive kommunstyrelse och nämnder i Bjurholms kommun. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss genom vårt dataskyddsbud.

För kontakt med Bjurholms kommuns dataskyddsbud:

Adress: Dataskyddsbud, Bjurholms kommun, 916 81 Bjurholm

E-post: [kommunen@bjurholm.se](mailto:kommunen@bjurholm.se)

Telefon: 0932-140 00

Vill du klaga på Bjurholms kommuns behandling av personuppgifter kan du vända dig till Datainspektionen som är tillsynsmyndighet inom området.

Adress: Datainspektionen, Box 8114, 104 20 Stockholm

E-post: [datainspektionen@datainspektionen.se](mailto:datainspektionen@datainspektionen.se)

Telefon: 08-657 61 00