VADSTENA KOMMUN

ÅTERANSÖKAN FÖRSÖRJNINGSSTÖD

AVSER MÅNAD:_____

Ansökan inkom (fylls i av socialtjänsten):	Legitimationskontroll □ Sökande □ Medsökande	Handläggare:

Personuppgifter vuxna

Sökandes namn	Personnummer
Medsökandes namn	Personnummer
Sökandes telefonnummer	Medsökandes telefonnummer
Adress	Har du/ni någon inneboende? □ Ja □ Nej Antal:_____

Personuppgifter hemmavarande barn/umgängesbarn

Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*	□ Grundskola □ Gymnasium □ Arbete □ Annat, ange:_____
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*	□ Grundskola □ Gymnasium □ Arbete □ Annat, ange:_____
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*	□ Grundskola □ Gymnasium □ Arbete □ Annat, ange:_____
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*	□ Grundskola □ Gymnasium □ Arbete □ Annat, ange:_____
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*	□ Grundskola □ Gymnasium □ Arbete □ Annat, ange:_____
Hemmavarande barn/umgängesbarn	Personnummer	Antal nätter*	□ Grundskola □ Gymnasium □ Arbete □ Annat, ange:_____

***För umgängesbarn, ange antal nätter barnen vistas i hushållet under den månad som ansökan avser**.

Inkomster (ange belopp i kronor)	Sökande	Medsökande
Lön		
A-kassa/Alfa-kassa		
Pension/sjukersättning/aktivitetsersättning		
Sjukpenning		
Föräldrapenning		

Barnbidrag/studiebidrag		
Aktivitetsstöd/utvecklingsersättning		
Etableringsersättning		
Underhållsstöd/underhållsbidrag		
Bostadsbidrag/bostadstillägg/bostadsersättning		
Övriga inkomster t.ex. kontoinsättningar (ex. swish, livränta, studielån)		
Kapitaltillgångar (arv, bil, båt, fastighet m.m.) Ange värdet på tillgången.		

Barns inkomster	Barnets namn	Barnets namn	Barnets namn	Barnets namn	Barnets namn
Lön					
Aktivitetsersättning					
Aktivitetsstöd					
Förlängt underhållsstöd					
Övriga inkomster Ange:_____					

Utgifter*	Sökande	Medsökande
Hyra		
Hushållsel		
Hemförsäkring		
Arbetsresor		
Barnomsorgsavgift		
Medlemsavgift facket		
Avgift A-kassa		
Medicin/Läkarvård		
Bredband		
Övriga utgifter (ange vilken/vilka)		

***Utgifter ska styrkas med kvitto/faktura/verifikation.**

Sysselsättning sökande och medsökande (AF = Arbetsförmedling)

Arbetslös □ Sökande □ Medsökande	Sjukskriven □ Sökande □ Medsökande	Utbildning □ Sökande □ Medsökande	Praktik □ Sökande □ Medsökande	Annat:_____ □ Sökande □ Medsökande

Vem har du/ni kontakt med på AF?	När var den senaste kontakten med AF?	När har du/ni nästa kontakt med AF?
Sjukskrivning fr.o.m. – t.o.m.*	Kontakt med Försäkringskassan? □ Ja □ Nej	Kontaktperson på Försäkringskassan?

***Om du är sjukskriven, bifoga ett aktuellt läkarintyg. Inkludera även din rehabiliteringsplan.**

Bilagor som ska bifogas med din ansökan om försörjningsstöd

Lämnar du/ni inte in de handlingar som krävs för att ansökan ska kunna utredas kommer ansökan att begäras kompletterad, vilket förlänger utredningstiden.
Kryssa i den/de rutor för de bilagor som du/ni bifogar.

☐ **Kontoöversikt från samtliga banker.**

☐ **Kontoutdrag för samtliga konton i samtliga banker.**
- Perioden för kontoutdraget ska sträcka sig från det senaste datum du/ni lämnade in kontoutdrag till datum för inlämnad återansökan.
- På kontoutdraget ska det framgå om kontosaldot ökar eller minskar.

☐ **Underlag över sökta arbeten**
- Du/Ni förväntas redovisa att du/ni varit aktivt arbetssökande under hela perioden.
- Av underlaget behöver det framgå hur, var och när du/ni sökt de arbeten du/ni redovisar.
- Du/Ni förväntas redovisa arbetsintervjuer som du/ni kallats till samt lämna information om intervjuernas utfall.

☐ **Läkarintyg samt rehabiliteringsplan.**

Övriga upplysningar:

Vadstena kommun
Postadress 592 80 Vadstena | Besöksadress Klosterledsgatan 35
Tel 010-234 71 50 | E-post vadstena.kommun@vadstena.se
www.vadstena.se

Försäkran och underskrift:

- Jag/vi intygar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.
- Jag/vi har informerats om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan leda till polisanmälan om bedrägeri samt medföra återbetalningsskyldighet av de belopp som erhållits med stöd av oriktiga eller ofullständiga uppgifter.
- Jag/vi godkänner att kontroller görs hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassan, Transportstyrelsen, Skattemyndigheten, Kronofogdemyndigheten och Centrala studiestödsnämnden.

De uppgifter du lämnar till oss kommer att behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Vi behöver spara och behandla dessa uppgifter för att handlägga din ansökan om ekonomiskt bistånd. Dina uppgifter kommer att delas inom kommunen med den personal som behöver uppgifterna för att utföra sitt arbete samt med de personuppgiftsbiträden som hanterar uppgifter för kommunens räkning. Uppgifterna kan också komma att delas med tredje part, men endast om så krävs enligt lag. Den rättsliga grunden för behandlingen är myndighetsutövning enligt Socialtjänstlagen (2001:453). Dina uppgifter kommer att sparas så länge det är nödvändigt för ändamålet. Uppgifterna raderas sedan i enlighet med kommunens gallringsföreskrifter, men kan komma att bevaras för arkivändamål.

Datum	Sökandes underskrift
Datum	Medsökandes underskrift