

ANSÖKAN OM EKONOMISKT BISTÅND - Ofullständig ansökan skickas tillbaka för komplettering (Persiska)

درخواست برای کمک مالی - درخواست ناقص برای تکمیل کردن پس فرستاده می شود

شود پر خود رو پس باق لم با پر درخواست - Ansökan ska fyllas i med bläckpenna



Handläggare för ekonomiskt bistånd	Inkom (fylls i av socialtjänsten)
Ansökan avser Månad: _____	År: _____

1. PERSONUPPGIFTER - شخص از اطلاعات

Behov av tolk - نیاز به مترجم

Personnummer		För- och efternamn	
Sökande			<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Inneboende
Medsökande			
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Barn			<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid, dagar
Adress		Postnummer	Postadress/Ort
Telefonnummer		Antal personer som bor i bostaden	
		Vuxna _____ st	Barn _____ st

2. SYSSELSÄTTNING - مشغولیت (bifoga anställningsbevis, läkarintyg, närvarorapport, handlingsplan AF eller dylikt)

Sysselsättning sökande <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/> Annat:	Är du delägare eller äger du ett företag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket:
Sysselsättning medsökande <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/> Annat:	Är du delägare eller äger du ett företag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket:
Övrig information till handläggaren	

3. JAG/VI VILL ANSÖKA OM - برای من یا منم درخواست ما

Försörjningsstöd enligt riksnorm <input type="checkbox"/> Riksnorm I riksnormen ingår kostnader för <ul style="list-style-type: none"> • Livsmedel • Kläder/skor • Lek/fritid/barnförsäkring • Förbrukningsvaror • Hälsa/hygien • Dagstidning/telefon/tv-avgift 	Försörjningsstöd till övriga kostnader (bifoga faktura och/eller kvitto) <input type="checkbox"/> Boendekostnad _____ kr <input type="checkbox"/> Elkostnad _____ kr <input type="checkbox"/> Hemförsäkring _____ kr <input type="checkbox"/> Fackavgift/a-kassa _____ kr <input type="checkbox"/> Arbetsresor _____ kr	Övrigt ekonomiskt bistånd (bifoga kvitto/receiptspecifikation och/eller högkostnadsskydd) <input type="checkbox"/> Barnomsorg _____ kr <input type="checkbox"/> Sjukvård _____ kr <input type="checkbox"/> Medicin _____ kr
<input type="checkbox"/> Annat (ange vad och kostnad. Bifoga kostnadsförslag, faktura eller kvitto):		

4. TILLGÅNGAR - سرمایه ها

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i till höger	<input type="checkbox"/> Kontanter _____ kr <input type="checkbox"/> Bankmedel/fonder _____ kr <input type="checkbox"/> Aktier/obligationer _____ kr <input type="checkbox"/> Bil/MC/skoter/moped _____ kr <input type="checkbox"/> Husbil/husvagn/släp _____ kr <input type="checkbox"/> Fastighet/bostadsrätt _____ kr	<input type="checkbox"/> Tillgångar i utlandet _____ kr <input type="checkbox"/> Pensionsförsäkring _____ kr <input type="checkbox"/> Barns tillgångar _____ kr <input type="checkbox"/> Gåva _____ kr <input type="checkbox"/> Annat _____ kr
--	---	--

Ansökan om ekonomiskt bistånd - Persiska och Dari 170830

ANSÖKAN OM EKONOMISKT BISTÅND - Ofullständig ansökan skickas tillbaka för komplettering (Persiska)

درخواست برای کمک مالی - درخواست ناقص برای تکمیل کردن پس فرستاده می شود

5. INKOMSTER - **درآمد** - Kontoutdrag för 2 månader och kontoöversikt för alla era konton ska alltid medfölja er ansökan.

Har du/ni några inkomster Nej Ja, fyll i nedan

	Sökande		Medsökande	
	Kronor	Utbetalt datum	Kronor	Utbetalt datum
Lön				
A-kassa/Alfa-kassa				
Aktivitetstöd/utvecklingsersättning				
Etableringsersättning				
Sjukpenning/rehabpenning/föräldrapenning				
Bostadsbidrag				
Pension, sjuk- eller aktivitetsersättning				
Barnbidrag och flerbarnstillägg				
Studiebidrag och studielån				
Underhållsstöd/barnpension				
Skatteåterbäring				
Andra inkomster (livränta, extrajobb, avgångsvederlag med mera)				

6. KOMMANDE INKOMSTER FRÅN ANNAN MYNDIGHET ELLER ORGANISATION

سازمان یا دولتی اداره دی گزر از عایدی آه

Har du ansökt om någon förmån/ersättning/stöd/bidrag från A-kassan/ALFA-kassan, Arbetsförmedlingen, CSN, Försäkringskassan eller annan och väntar på att få beslut?

Sökande Nej Ja, jag väntar på beslut från _____

Medsökande Nej Ja, jag väntar på beslut från _____

7. MEDGIVANDE

ر ضایت

Sekretessbrytande bestämmelser ger kommunstyrelsens utskott för vård och omsorg rätt att även utan samtycke inhämta vissa uppgifter från andra myndigheter. Det gäller Centrala studieförbundet (CSN), Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Arbetsförmedlingen, Skatteverket, och arbetslöshetskassorna.

Jag/vi lämnar medgivande till att socialtjänsten i Sollefteå för att kunna utreda detta ärende, utan hinder av sekretess, inhämtar de uppgifter som behövs hos nedan angivna myndigheter och organisationer:

Företagsregister Migrationsverket Annan kontakt _____
 Kronofogdemyndigheten Transsportstyrelsen
 Lantmäteriet Socialtjänst i annan kommun

Socialtjänsten registrerar uppgifter om dig och dina personliga förhållanden. Registreringen sker med stöd av lagen om behandling om personuppgifter (PUL). Uppgifter kan även komma att lämnas ut till myndigheter om det är nödvändigt för att fullgöra en lagstadgad uppgiftsskyldighet om hinder inte uppstår på grund av sekretess.

8. UTBETALNING

پ پرداخت

Ange ditt bankkontos clearingnummer _____ kontonummer _____

9. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

امضا واطمینان

Jag försäkrar att de uppgifter som jag/vi lämnat är sanningsenliga och fullständiga och jag förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Oriktiga uppgifter kan medföra polisanmälan för misstänkt bidragsbrott.

Datum

Sökandes namnteckning

Medsökandes namnteckning