

**ANSÖKAN OM EKONOMISKT BISTÅND - Ofullständig ansökan skickas tillbaka för komplettering (Somaliska)**  
**CODSI KU SABSAN KAALMO DHAQAAL - Foomka codsiga ee kaalmada dhaqaale dhib ayaa luguu soo celina haduu saan dhameestirnen si aad uso dhameestirto**



Ansökan ska fyllas i med bläckpenna - Foomka lugu codsanaayo kaalmada dhaqaale waxa lugu buuxina qalin(qalin biire)

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

**1. PERSONUPPGIFTER - XOGTA SHAKHSIGA**

Behov av tolk - Ma u baahan tahay turjubaan

Personnummer	För- och efternamn	
Sökande		<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift
Medsökande		<input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Inneboende
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 - SHAQO** (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 - ANIGA / ANNAGA WAXAAN RAABNA IN AN CODSANO**

<b>Försörjningsstöd enligt riksnorm</b> <input type="checkbox"/> Riksnorm I riksnormen ingår kostnader för <ul style="list-style-type: none"> <li>• Livsmedel</li> <li>• Kläder/skor</li> <li>• Lek/fritid/barnförsäkring</li> <li>• Förbrukningsvaror</li> <li>• Hälsa/hygien</li> <li>• Dagstidning/telefon/tv-avgift</li> </ul>	<b>Försörjningsstöd till övriga kostnader</b> (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	<b>Övrigt ekonomiskt bistånd</b> (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 - HANTI**

<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 – Somaliska 170830

**ANSÖKAN OM EKONOMISKT BISTÅND - Ofullständig ansökan skickas tillbaka för komplettering (Somaliska)**  
**CODSI KU SABSAN KAALMO DHAQAAL - Foomka codsiga ee kaalmada dhaqaale dhib ayaa luguu soo celina haduu saan dhameestirten si aad uso dhameestirto**

**5. INKOMSTER – DAKHLI** - 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 - DAKHLI KA SOO GAALO HEYAD AMA URUR KALE**

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 - OGGOLAANSHO**

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               Transportstyrelsen  
 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 - MEELMARIN**

Ange ditt bankkontos clearingnummer \_\_\_\_\_ kontonummer \_\_\_\_\_

**9. FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT - CADDAYN IYOH SAXIIX**

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 \_\_\_\_\_