

Hemtjänst Särskilt boende Korttidsplats Dagverksamhet Larm **fr. o. m.**

1	Personnummer	Sökande	Medsökande
	Namn		
	Adress		
	Postadress		
	Civilstånd	<input type="checkbox"/> make/maka <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> ensamstående	

2	Bostadskostnad	<input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Särskilt boende
	Uppgift om bostad	Bostadskostnadkr/månad
2A	Dubbel bosättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej datum:.....	Bostadskostnad.....kr/månad

3	Inkomster, dock ej inkomster eller pension från Riksförsäkringsverket			
	Utlandspensioner kr/år	Ink år	Sökande	Medsökande
	Övrigt kr/år	Ink år	Sökande	Medsökande
	ITP och STP pensioner från SPP/AMF, kr/mån	Fr o m	Sökande	Medsökande
	Privata pensionsförsäkringar, kr/mån	Fr o m	Sökande	Medsökande
	Övriga pensioner, kr/mån	Fr o m	Sökande	Medsökande
	Inkomst av tjänst (ej pension), kr/år	Fr o m	Sökande	Medsökande
	Övriga ej skattepliktiga inkomster	Fr o m	Sökande	Medsökande
	Inkomst av aktiv näringsverksamhet	Fr o m	Sökande	Medsökande
	Inkomst av passiv näringsverksamhet	Fr o m	Sökande	Medsökande

4	Närmast anhörig	Namn
		Adress
		Telefon

5	Annan mottagare av avgiftsbeslut och räkning		
		Avgiftsbeslut	Räkning
	Namn		
	Adress		
	Postadress		

Jag intygar på heder och samvete att ovanstående uppgifter är riktiga

Ort och datum

Underskrift