



Om du/ni inte vill lämna uppgifter om ekonomiska förhållanden som rör er eller maka/make - kryssa i rutan!  
Jag är införstådd med att någon beräkning av inkomst,förbehållsbelopp eller avgiftsutrymme inte kan göras  
och att jag därmed accepterar att betala full avgift enligt kommunens maxtaxa (kr/mån för hemtjänst).

**SÖKANDE**

Namn och adress

Efternamn och förnamn
Adress:
Personnummer ( år,mån,dag,nr)

**MEDSÖKANDE**

Namn och adress

Efternamn och förnamn
Adress:
Personnummer ( år,mån,dag,nr)

**Inkomstuppgifter**

**Pensioner som utbetalas av försäkringskassan inhämtas automatiskt av oss.**

Aktuella pensioner före skatt per/månad

AMF, SPP, Alecta m.m.	Kr per mån
Pensioner från KPA	Kr per mån
Privata pensionsförsäkring	Kr per mån
Övriga pensioner	Kr per mån

Aktuella pensioner före skatt per/månad

AMF, SPP, Alecta m.m.	Kr per mån
Pensioner från KPA	Kr per mån
Privata pensionsförsäkring	Kr per mån
Övriga pensioner	Kr per mån

AMF= Arbetsmarknadsförsäkring  
KPA= Kommunens pensionsanstalt  
Spp= Pensioner från privata tjänstemän

Inkomst av kapital ( räntor, utdelning mm ) år 2019

	Kr per år
--	-----------

Inkomst av kapital ( räntor utdelning mm ) år 2019

	Kr per år
--	-----------

Förvärvsinkomster före skatt

Tjänst ( ej pension )	Kr per mån
-----------------------	------------

Förvärvsinkomster före skatt

Tjänst ( ej pension )	Kr per mån
-----------------------	------------

Övriga inkomster

Inkomst från	Kr per mån
--------------	------------

Övriga inkomster

Inkomst från	Kr per mån
--------------	------------

**VÄND !**

**Fylls i av dej/er som bor i lägenhet /bostadsrätt**

Hyra kr/månad

**Fylls i av dej/er som bor i egen fastighet**

Ägare	Fastighetsbeteckning	Värdeår	Taxeringsår	Taxeringsvärde
<b>Driftskostnad</b>				Kr per/månad
Värmekostnad El,Sophämtning,Va,Sotning,Fastighetsförsäkringar				
Räntekostnader ( 70 procent räknas in i bostadskostnaden )				
Tomträttsgäld				

<b>Avgift för god man</b>	År	Sökande	Medsökande
		<i>Kr per månad</i>	<i>Kr per månad</i>
Medlem i svenska kyrkan?	Sökande	Ja	Nej
			Medsökande
			Ja
			Nej

**Annan mottagare av avgiftsbeslut och räkning**

Relation:	god man	anhörig	annan	Räkning
				Avgiftsbeslut
Namn:				
Adress:				
Postadress:				
Telefon:				

**Titta gärna igenom blanketten så du inte glömt att fylla i något. Då går det snabbare att handlägga ditt ärende.**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifter om faktiska förhållanden som jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga. Jag är också medveten om att jag är skyldig att anmäla framtida förändringar.

Personuppgifter i ansökan behandlas enligt Personuppgiftslagen (PUL). Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltningen. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

**Underskrift**

Datum	Sökande	Datum	Medsökande
-------	---------	-------	------------

**Behjälplig vid ifyllandet**

Datum	Namn	Telefonnr
-------	------	-----------

Blanketten återsändes till:

Avgiftshandläggare

Socialkontoret

Ånge Kommun

841 81 Ånge

Vid behov av hjälp ring:

Christin Englund 0690-250 313