

Sölvesborgs Kommun Repslagaregatan 1 Omsorgsverksamheten 29480 Sölvesborg

## Handläggare

Lena Thuresson / Carina Johansson
Telefon: 0456-81 60 57 / 0456-81 63 43

Telefontid: 08.15-09.45

E-post: lena.thuresson@solvesborg.se / carina.johansson@solvesborg.se

**INKOMSTFÖRFRÅGAN**

## Inför 2019-års inkomstförfrågan begär vi en kopia av hela deklarationen för att kunna fastställa rätt avgift.

**PERSONUPPGIFTER**

Ange aktuella uppgifter.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sökanden** | PnrPnr |  | Namn |  |
| **Medsökanden** | Namn |
| **Övriga personer** | Pnr | Namn |

 Ensamstående Sambo Gift/

registrerad

partner

 Jag väljer att inte lämna inkomstuppgifter som rör mig eller make/maka. Jag är medveten om att avgiften skulle kunna bli lägre om den prövades. Någon beräkning av inkomst, förbehållsbelopp eller avgiftsutrymme görs inte och jag accepterar därmed att betala **full avgift enligt kommunens taxa.**

## AUTOGIRO

Önskar autogiroblankett, har idag ej autogiro

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

**MATDISTRIBUTION**

Matdistribution Ja Nej

Om Ja, antal/vecka

**BOSTADSUPPGIFTER**

|  |
| --- |
| Hyra hyresrätt/bostadsrätt kr/mån |
| Räntekostnader for bostadslån hyresrätt föregående år |
| Uppvärmning ingår Ja Nej  |
| Om Nej, ange bostadsyta, kvm |
| Taxeringsvärde egen fastighet |
| Bostadsyta kvm egen fastighet |
| Ränteutgift för lån (ej amortering) *l* år egen fastighet |

**INKOMSTUPPGIFTER innevarande år, kr/månad före skatt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sökande**Registrerade Aktuelluppgifter uppgift | **Medsökande**Registrerade Aktuelluppgifter uppgift |
| Garantipension |  |  |  |  |
| Tilläggspension |  |  |  |  |
| Inkomstpension |  |  |  |  |
| Premiepension |  |  |  |  |
| Änkepension |  |  |  |  |
| Sjukersättning |  |  |  |  |
| Sjukpenning |  |  |  |  |
| Aktivitetsersättning |  |  |  |  |
| Pensioner från Alecta/AMF |  |  |  |  |
| KPA-pension |  |  |  |  |
| KPA-pension (från SPV) |  |  |  |  |
| Övrig pension |  |  |  |  |
| Utlandspension |  |  |  |  |
| Inkomst av lön |  |  |  |  |
| Inkomst kapital |  |  |  |  |

**OBS! Bifoga en komplett kopia av den senaste deklarationen inkomståret 2018.**

# **MERKOSTNADER**

|  |
| --- |
| God man kr/månad |
| FK | ördyrade levnadsomkostnader (bifoga redovisning) kr/månad |
| ostnader för fördyrad läkarord kost kr/månad |

**POSTMOTTAGARE**

**Lämnade uppgifter kommer att behandlas i enlighet med GDPR, och överföras till omsorgsförvaltningens personregister. Uppgifter från Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten hämtas automatiskt.**

**Nedanstående person ska ta emot räkningar och beslut gällande omsorgsavgifter och får agera för min räkning i frågor som berör mina avgifter.**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_Godman \_\_\_\_\_\_\_Förvaltare \_\_\_\_\_\_\_Anhörig \_\_\_\_\_\_\_Annan |
| För- och efternamn |
| Adress |
| Postnr *l* Postadress |
| Telefon *l* Mobil |

**UNDERSKRIFT**

**Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna är riktiga och fullständiga.**

**Jag är medveten om att jag är skyldig att meddela ändrade förhållanden som kan påverka min avgift (till exempel bostadsbidrag, pension, hyra mm).**

Sökandes namnteckning Behjälplig vid ifyllandet, namnteckning

Medsökandes namnteckning Behjälplig vid ifyllandet, namnförtydligande

Datum Behjälplig vid ifyllandet, telefonnummer

# **Blanketten skickas snarast till:**

**Sölvesborgs kommun, Omsorgens myndighetsenhet, 294 80 Sölvesborg**

**EVENTUELLA ÖVRIGA UPPLYSNINGAR**