

Handläggare

Lena Thuresson / Ana-Maria Sanchez

Telefon: 0456-81 60 57 / 0456-81 63 43

Telefontid: 08.15-09.45

E-post: lena.thuresson@solvesborg.se / ana-maria.sanchez@solvesborg.se

INKOMSTFÖRFRÅGAN

Fyll i och återsänd till handläggaren snarast. **OBS! Bifoga en kopia av framsidan och specifikationen på den senaste deklARATIONEN.**

Viktigt att du/ni meddelar kommunen så snart uppgifterna förändras.

PERSONUPPGIFTER

Personuppgifter registreras och behandlas enligt bestämmelserna i dataskyddsförordningen (GDPR).

Sökanden	Pnr	Namn
Medsökanden	Pnr	Namn

Ensamstående Sambo Gift/registrerad partner

Väljer du att INTE ange ekonomiska förhållanden ska blanketten ändå skickas in. **Nedanstående rad ska då vara markerad med ett X.**

_____ Jag vill inte lämna inkomstuppgifter som rör mig eller make/maka/registrerad partner/sambo och accepterar därmed att betala full avgift enligt kommunens taxa.

Genom att skicka in ifylld blankett tillsammans med kopia av senaste inkomstdeklarationen samtycker du/ni samtidigt till att vård- och omsorgsförvaltningen får inhämta uppgifter om dina/era inkomster och din/er bostadskostnad från Pensionsmyndigheten/Försäkringskassan och kommunens fastighetsregister.

INKOMSTUPPGIFTER

Vi behöver medsökandes uppgifter oavsett om vederbörande har insatser eller ej. Med medsökande avses make/maka/registrerad partner/sambo. Makars/registrerade partners inkomster och utgifter räknas samman och delas. När det gäller sambor är det endast bostadskostnaden som delas.

	Sökande	Medsökande
Garantipension		
Tilläggs pension		
Inkomst pension		
Premiepension		
Änkepension		
Bostadstillägg BTP		
Särskilt bostadstillägg SBTP		
Efterlevandepension		
Sjukersättning		
Sjukpenning		
Aktivitetsersättning		
Pensioner från Alecta/AMF		
Kåpan tjänste		
KPA-pension		
KPA-pension (från SPV)		
SKP-pension		
Övrig pension		
Övrig pension		
Övrig pension		
Utlandspension		
Inkomst av lön		

Gäller dig som har utlandspension, var vänlig markera med X nedan:

Beskattas: _____ I Sverige _____ Utomlands _____ Ej skattepliktig

INKOMST AV KAPITAL

Ange inkomst av kapital per den 31 december föregående år. Om inget uppges kommer senast kända taxeringsuppgift att räknas. Schablonintäkter ska inte uppges.

	Sökande	Medsökande
Inkomst av kapital		

BOSTADSUPPGIFTER, hyres- eller bostadsrätt

Bifoga kopia av hyres-/avgiftsavi. Parkering och garage ska inte medräknas som hyra/avgift.

Bostadskostnad, grunduppgift		
<input type="checkbox"/> Hyresrätt		
<input type="checkbox"/> Bostadsrätt		
Värme ingår	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Varmvatten ingår	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Nej, ange bostadsyta, kvm		
Jag/vi har sökt bostadstillägg	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Till dig/er som har bostadstillägg. Tänk på att du/ni behöver meddela förändrad hyreskostnad varje år. Du/ni ansöker om bostadstillägg och meddelar eventuella förändringar hos:
Pensionsmyndigheten om du är 65 år och äldre. Tel: 0771-776 776, www.pensionsmyndigheten.se
Försäkringskassan om du är 64 år eller yngre. Tel: 0771-524 524, www.forsakringskassan.se

BOSTADSUPPGIFTER, egen fastighet (permanent bostad)

Till dig som har egen fastighet och har bostadstillägg, se din registrerade bostadskostnad under Bostadsuppgifter 1. Uppgiften är hämtad från Pensionsmyndigheten och ligger till grund för ditt bostadstillägg.

Taxeringsvärde		
Fastighetsbeteckning		
Bostadsyta kvm		
Skuldränta för föregående år (ej amortering)		
Bor kvar i fastighet som ägs av t ex barn	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Jag/vi har sökt bostadstillägg	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Om bostad ägs av annan, t ex barn, ska hyreskontrakt inkomma och hyran ska styrkas genom kontoutdrag på inbetalning.

MATDISTRIBUTION

Matdistribution	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, antal/vecka		

MERKOSTNADER

God man kr/år, som betalas av den enskilde. Bifoga kopia på arvodesbeslut	
Fördyrade levnadsomkostnader (bifoga redovisning) kr/månad	

POSTMOTTAGARE

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

_____ God man _____ Förvaltare _____ Anhörig _____ Annan
För- och efternamn
Adress
Postnr / Postadress
Telefon / Mobil

AUTOGIRO/E-FAKTURA

Önskar autogiroblankett, har idag ej autogiro	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

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, Vård- och omsorgsförvaltningen, 294 80 Sölvesborg