

1. Jag accepterar full avgift

Jag vill **inte** lämna uppgifter om ekonomiska förhållanden som rör mig eller make/maka. 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 taxa.

Underskrift

Personnummer

Namnförtydligande

2. Jag önskar få min avgift inkomstprövad

Mina och min make/makas inkomstuppgifter hämtas ifrån myndighet, jag kompletterar med personuppgifter samt uppgifter under punkt 6, 7, 8 och 9.

3. Personuppgifter

Namn

Personnummer

Civilstånd

Sambo Gift Gift, lever åtskild Ensamstående **4. Personuppgifter - make/maka/sambo**

Namn

Personnummer

5. Annan postmottagare - nedanstående person ska ta emot faktura och avgiftsbeslut samt har mitt godkännande att agera för min räkning gällande mina avgifter

Namn

Relation

Adress

Postnummer

Ort

Telefon

E-post

6. Aktuella inkomster - före skatt, kronor/månad

Pensioner	Den som får stöd	Make/maka
Allmän pension från pensionsmyndigheten	Hämtas från myndighet	Hämtas från myndighet
Tilläggs pension/ Änkepension	Hämtas från myndighet	Hämtas från myndighet
AMF/Alecta		
KPA/Skandia		
SPV/SPP		
Övrig tjänstepension		
Privata pensioner		
Annan, ange varifrån		

Inkomst av tjänst	Den som får stöd	Make/maka
Sjuk- och aktivitetsersättning	Hämtas från myndighet	Hämtas från myndighet
Sjukpenning	Hämtas från myndighet	Hämtas från myndighet
Inkomst av tjänst		
Skattepliktig livränta		
Inkomst av näringsverksamhet		
Övrig inkomst		

Ej skattepliktiga inkomster	Den som får stöd	Make/maka
Utlandspension SEK		
Övrig inkomst		

7. Inkomst av kapital - före skatt, kronor/år

Inkomst av kapital, deklarerat föregående år	Den som får stöd	Make/maka
Ränteinkomster/utdelning av aktier, fonder/värdepapper		
Övrig kapitalinkomst		

8. Kyrkoavgift via skattsedel

Medlem i Svenska kyrkan eller annat trossamfund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	---	---

9. Bostadskostnad - uppgift kan komma att behöva styrkas

Uppgift lägenhet	<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt
Månadshyra/avgift kronor/månad	Boyta (m ²)	
Ingår hushållsel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ingår värme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ingår vatten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ingår varmvatten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Uppgift om eget hus, gäller ej fritidshus		
Fastighetsbeteckning		Byggår
Taxeringsvärde	Boyta (m ²)	Ägarandel

10. Uppgift om bostadslån

Lån som avser eget hus eller bostadsrätt
Bostadslån, kronor totalt
Ränta, kronor/månad (exklusive amortering)

11. Jämkning dubbel boendekostnad

<input type="checkbox"/> Jag har blivit beviljad särskilt boende och vill ansöka om jämkning för dubbla boendekostnader. Blankett skickas till min hemadress.

12. Särskild prövning av förbehållsbeloppet

Kostnad avser	Den som får stöd Kronor/månad	Make/maka Kronor/månad

13. Kostnad för god man eller förvaltare - underlag bifogas

--

14. Övriga anteckningar

--

15. Underskrift

Jag/vi försäkrar härmed att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga	
<hr/>	
Ort, datum	Underskrift
<hr/>	
Ort, datum	Underskrift, make/maka

16. Behjälplig med ifyllande av blanketten

<hr/>	
Namn, var god texta	Telefonnummer

Blanketten skickas till:

Skara kommun
Omsorgsförvaltningen
Avgiftshandläggare
Nils Billstensgatan 1
532 88 SKARA

Telefontid

Mån-fre 10-12
0511-328 74