



F I N S P Å N G

## ANSÖKAN OM INDIVIDUELLT BELOPP

Ansökan gäller från och med, datum

--

Om man har kostnader som överstiger kommunens fastslagna schablonbelopp eller har kostnader som inte finns med i schablonbeloppet, kan man ansöka om ett individuellt belopp.

Beloppet man ansöker om ska vara större än 300 kronor per månad och ska vara ett långvarigt behov som man har i mer än 6 månader.

Vad som ingår i kommunens fastslagna schablonbelopp och hur man fyller i blanketten står i förklaringstexten som följer med denna blankett.

### Personuppgifter

Namn		Personnummer
Adress		Postadress
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon arbete (även riktnummer)
Telefon mobil		E-postadress
Civilstånd		
Gift / Registrerad partner		Sammanboende
Ensamstående		

### Personuppgifter på make/maka/sambo

Namn		Personnummer
Adress		Postadress
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon arbete (även riktnummer)
Telefon mobil		E-postadress
Civilstånd		
Gift / Registrerad partner		Sammanboende
Ensamstående		

### Eventuellt hemmavarande barn

Födelseår	Födelseår	Födelseår	Födelseår	Födelseår
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

### Jag/Vi ansöker om att följande uppgifter skall tas med vid beräkning av min/vår avgift

Utgift för följande	Sökande		Make/Maka/Sambo		Barnet7Barnen	
	Kr/Månad	Kr/År	Kr/Månad	Kr/År	Kr/Månad	Kr/År

Postadress Finspångs kommun, 612 80 Finspång Besöksadress Bergslagsvägen 13-15

Tfn 0122-850 00 Fax 0122-850 33 E-post [kommun@finspang.se](mailto:kommun@finspang.se) Webbplats [www.finspang.se](http://www.finspang.se)

## Övriga upplysningar som kan vara av intresse vid bedömning av rätt till nedsättning av avgiften

Specificera

### Underskrift

Härmed försäkrar jag/vi på heder och samvete att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	
Namn-teckning	Namn-förtydligande
Make/Maka/Sambo, namn-teckning	Namn-förtydligande

Lämnade uppgifter kan komma att kontrolleras.

### Om beslut ska skickas till annan person, var god ange namn och adress

Namn	
Adress	Postadress

### Förklaringstext till hur man fyller i blanketten

#### Hur fyller jag i blanketten?

- Fyll i blanketten så utförligt det går.
- Fyll enbart i de kostnader du har som är **utöver** boendeavgift, hemtjänstavgift eller de belopp utöver de lagstadgade schablonbeloppen som Finspångs Kommun fattat. (Tabeller för schablonbelopp finns att hämta på Konsumentverket)
- Ansökan om Individuellt belopp ska vara underskriven av den sökande och iförkommande fall även make/maka/sambo.

#### Vad ska skickas med ansökan?

Följande kopior **ska** skickas med ansökan:

- Om det är en god man eller företrädare genom fullmakt som ansöker åt en person skall kopia på god man uppdraget alternativt fullmakten skickas med ansökan.
  - Kopia på kvitto/räkning etc som styrker utgiften du/ni angett som merkostnad.
- Om kopia/kopior inte medföljer ansökan, kan inte ansökan handläggas.

#### Kommunens riktlinjer och handläggning?

- De belopp man ansöker om att få medräknade, skall vara **mer än 300 kronor och vara ett långvarigt behov som pågår minst 6 månader** för att kommunen ska bevilja att beloppet tas med i beräkningen.
- Skulder räknar kommunen normalt sett inte med som utgifter.
- Du/Ni kommer att få hem ett beslut där det står om du/ni beviljats eller fått avslag på att få med de sökta utgifterna i avgiftsberäkningen.

#### Vart ska ansökan skickas?

- Skicka ansökan till Finspångs Kommun, Vård och Omsorg.

#### Vid frågor

- Kontakta din/er avgiftshandläggare

---

Postadress Finspångs kommun, 612 80 Finspång Besöksadress Bergslagsvägen 13-15

**Tfn 0122-850 00 Fax 0122-850 33 E-post [kommun@finspang.se](mailto:kommun@finspang.se) Webbplats [www.finspang.se](http://www.finspang.se)**