



## FINSPÅNG

### Ansökan om reduktion av avgift pga. tillfälligt dubbla boendekostnader

#### Personuppgifter

Sökande, namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon mobil	

#### Jag flyttade in i särskilt boende

Datum
-------

#### Datum för uppsägning eller försäljning av bostad

Bostaden sades upp, datum	Lämnades till försäljning, datum
Bostadskostnaden för den bostad jag sagt upp/lämnat till försäljning, kronor/mån	Bostadskostnad för nya bostaden, kronor/mån

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

Specificera
-------------

Lämnade uppgifter kan komma att kontrolleras.

#### Underskrift

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

Ort och datum	
Sökande, namnteckning	Namnförtydligande
God man, namnteckning	Namnförtydligande



## F I N S P Å N G

För att kunna ansöka om reducering av omvårdnads- och tjänsteavgift vid dubbla boendekostnader, ska bostaden vara uppsagd eller lämnad till försäljning.

Man kan beviljas reducering av avgift från och med inflyttningsdatum till särskilt boende och därefter under högst tre månader.

Ansökan inkommen mer än 3 månader efter inflyttningsdatum godkännes ej.

Överläts bostaden, beviljas inte reducering, eftersom bostaden inte sägs upp eller lämnas till försäljning. Om bostaden blir uthyrd eller såld tidigare än 3 månader från och med inflyttningsdatum, ska avgiftshandläggaren meddelas.

### **Följande kopior ska skickas med ansökan:**

- Om det är en god man eller företrädare som genom fullmakt ansöker åt en person skall kopia på godman uppdraget alternativt fullmakten skickas med ansökan.
- Kopia på uppsägning eller på uppdrag om försäljning av bostaden.
- Underlag på erlagd hyra på uppsagda lägenheten

**Om ovanstående kopior inte inkommer kan ansökan inte handläggas.**

**Ansökan om reducering av avgift i särskilt boende ska vara underskriven av den sökande eller god man/företrädare genom fullmakt.**

### **Vart skall ansökan skickas**

- Skicka ansökan till Finspångs Kommun, Vård och Omsorg Avgiftshandläggare.

### **Vid frågor**

- Kontakta Din biståndshandläggare och/eller Din avgiftshandläggare