



INKOMSTFÖRFRÅGAN FÖR FASTSTÄLLANDE AV AVGIFT INOM VÅRD OCH OMSORG

Vård och omsorg
Box 23
774 21 AVESTA

tel 0226-64 50 00, fax 0226-64 55 94, e-post omsorg@avesta.se

PERSONUPPGIFTER	EGNA	MAKE/MAKA/SAMBO ¹
NAMN:
PERSONNUMMER:
TELEFON:
ADRESS:
FAKTURAADDRESS (om fakturan ska skickas till annan än Dig, bifoga fullmakt):	
	

AVSTÅR FRÅN ATT LÄMNA INKOMSTUPPGIFT

Jag/vi avstår från att lämna inkomstuppgifter och godkänner den högsta avgiften enligt gällande taxa utan inkomstprövning

.....
Ort och datum

.....
Underskrift

INKOMST FÖRE SKATT	EGEN	MAKE/MAKA/SAMBO ¹
Garantipension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Tilläggspension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Inkomstpension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Premiepension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Omställningspension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Utlandspension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Änkepension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Kommunal pension (KPA):	.....kr/mån	.....kr/mån
Statlig pension (SPV):	.....kr/mån	.....kr/mån
Alecta/AMF-pension:	.....kr/mån	.....kr/mån
Livränta (skattepliktig):	.....kr/mån	.....kr/mån
Sjukersättning:	.....kr/mån	.....kr/mån
Inkomst av förvärvsarbete:	.....kr/mån	.....kr/mån
Övrig pension:	.....kr/mån	.....kr/mån

¹ Lämna alltid uppgifter för din make/maka. För din sambo lämnas endast uppgifter om även sambon är omsorgstagare.

BIDRAG/ERSÄTTNINGAR	EGEN	MAKE/MAKA/SAMBO ¹
Bostadsbidrag/bostadstillägg:	.....kr/mån	.....kr/mån
Vårdbidrag:	.....kr/mån	.....kr/mån
Äldreförsörjningsstöd:	.....kr/mån	.....kr/mån
Övriga skattefria ersättningar: (t ex särskilt pensionstillägg, studiebidrag, stipendier som överstiger 3000 kr mm)	.....kr/mån	.....kr/mån

INKOMST AV KAPITAL FÖRE SKATT	EGEN	MAKE/MAKA/SAMBO ¹
OBS! Obligatorisk uppgift	.....kr/år	.....kr/år
Till exempel ränta eller utdelning på kapital, aktier, obligationer mm per den 31/12 föregående år		

Är du medlem i något trossamfund (t ex Svenska kyrkan) JA NEJ

BOSTADSKOSTNAD (HEMMAVARANDE OM MAKE/MAKA BOR I HELDYGNSBOENDE)	
Småhus/villa (ej fritidshus)	Bostadsyta (ej biyta):.....kvm
Fastighetsbeteckning:	Taxeringsvärde:.....kr
Skuldbelopp: .....kr	Räntekostnad (ej amortering): .....kr/år

Hyra bostadsrätt :.....kr/mån exkl hushållsel	Hyra hyresrätt :kr/mån exkl hushållsel
Räntekostnad (ej amortering): .....kr/år	

Hyrs någon del av din bostad ut? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vad personen betalar i hyra: .....kr/mån	

FÖRDYRADE LEVNADSKOSTNADER	
Jag anser att jag under de närmaste sex månaderna har fördyrade levnadskostnader utöver de levnadskostnader som ingår i förbehållsbeloppet. (Bifoga kopia på kvitto)	
TYP AV UTGIFT	BELOPP
.....
.....

FÖRSÄKRAN		
Jag försäkrar att fullständiga och sanningsenliga uppgifter har lämnats (Avesta kommun förbehåller sig rätten att kontrollera lämnade uppgifter)		
.....
Ort och datum	Egen underskrift	Makes/makas/sambos underskrift
Behjälplig vid lämnande av dessa uppgifter har varit:		
.....
Namn	Tel nr (även riktnummer)	

SÄRSKILDA UPPLYSNINGAR
.....
.....

Information med anledning av personuppgiftslagen

För Din information vill vi meddela att Dina personuppgifter används för att kunna administrera Din avgift inom vård och omsorg. Avesta kommun, Omsorgsstyrelsen behandlar blankettens personuppgifter med hjälp av IT. Om Du vill ha ytterligare information om hur Dina personuppgifter behandlas är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till: Avesta kommun, Omsorgsstyrelsen, 774 81 Avesta.