

INKOMSTFÖRFRÅGAN 2019
Underlag för beräkning.

Personuppgifter			
Efternamn och förnamn		Personnummer	
Make/maka/sambo (efternamn och förnamn)		Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Postadress	Telefon

Blanketten används för att lämna uppgifter för att beräkna det avgiftsutrymme som begränsar avgiften för vård och omsorg samt hemsjukvård.

Personuppgifter samt nödvändiga uppgifter för handläggning av ärendet kommer att dataregistreras enligt dataskyddsförordningen (GDPR).

Sänd blanketten till: Sävsjö kommun, Socialförvaltningen, 576 80 SÄVSJÖ.

Inkomstprövning

Gift/sammanboende <input type="checkbox"/>	Sammanboende med make/maka Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ogift <input type="checkbox"/> Änka/Änkeman <input type="checkbox"/>
--	--	--

Inkomster före skatt, per månad	Omsorgstagare	Make / Maka
Allmänna pensioner (garantipension, tilläggspension etc)		
Tjänstepensioner (AMF, Alecta, KPA, SPV etc)		
Övriga pensioner (privat pension, utländsk pension etc)		
Inkomst av tjänst (ej pension)		
Övriga inkomster (livränta, sjukersättning, underhållsstöd etc)		
Inkomster (ej skattepliktiga)		
Inkomst av näringsverksamhet per år (bifoga kopia av deklaration)		

Kapitalinkomster före skatt, per år	Omsorgstagare	Make / Maka
Ränteinkomster, utdelning aktier/fonder		
Ränteutgifter (ränta avseende bostadsfastighet redovisas på nästa sida)		

Uppgifter om boendekostnad	
Hyresrätt <input type="checkbox"/>	Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Egen fastighet <input type="checkbox"/>
Jag delar bostad med annan person än make/maka/sambo (t ex barn/syskon) <input type="checkbox"/> Ja, antal personer..... <input type="checkbox"/> Nej	
Hyra/avgift per månad	Tillkommer hushållsel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Uppvärmningskostnad per år (ved, olja, pellets, fjärrvärme etc)	
Kostnader per år (villaförsäkring, sotning, sophämtning, vatten, avlopp etc)	
Kommunal fastighetsavgift per år	
Ränteutgifter för lån per år	
Bostadstillägg	
Jag / vi har sökt bostadstillägg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, men fått avslag	

Fördyrade levnadskostnader	
Arvode till av tingsrätten förordnad god man som jag betalar själv. Ange kronor per år.	
Andra fördyrade kostnader av varaktig karaktär. Ange typ av kostnad och styrk med kvitto. (behovet ska avse sex månader eller mer och ett belopp på 200 kronor eller mer per månad)	

Annan mottagare	
Avgiftsbeslut och faktura ska skickas till nedanstående person som även ges tillåtelse att agera för min räkning i frågor som berör mina avgifter inom vård och omsorg. Ny god man eller företrädare genom fullmakt skall bifoga kopia på god man uppdraget alternativt fullmakten.	
<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Annan
Efternamn och förnamn	
Gatuadress	Telefon
Postnummer	Postadress

Underskrift		
Jag försäkrar att lämnade uppgifter är sanna och kompletta och meddelar om någon uppgift ändras.		
Datum	Omsorgstagare	Telefon
Datum	Hjälpt till att fylla i blanketten	Telefon