



NORDANSTIGS
KOMMUN

Inkomst- och bostadsförfrågan

Personuppgifter (obligatorisk uppgift)

Namn omsorgstagare	Personnummer	Telefon dagtid
Namn make/maka/sambo/registrerad partner	Personnummer	Telefon dagtid
Bostadsadress	Postnummer och postort	
e-postadress		
Civilstånd		
<input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Gift/registrerad partner <input type="checkbox"/> Gift, ej sammanboende med make/maka/reg. partner		

Annan mottagare av fakturan och avgiftsbeslutet, fyll i nedan:

Relation: Anhörig God man Annan:.....

Namn	Mobil- / Telefonnummer
Bostadsadress	Postnummer och postort

Inkomstuppgifter (välj alternativ 1 eller 2)

1. <input type="checkbox"/> Ja, jag lämnar mina inkomster.	Inkomster som du får utbetalda av pensionsmyndigheten eller försäkringskassan behöver du inte lämna , de uppgifterna får vi med automatik.	
Redovisa här om du har någon tjänstepension eller annan inkomst, före skatt/månad.	Omsorgstagare	Maka/make/reg. partner
	Kr / mån, före skatt	Kr / mån, före skatt
<input type="checkbox"/> KPA (kommunal pension)		
<input type="checkbox"/> SPV (statlig pension)		
<input type="checkbox"/> AMF		
<input type="checkbox"/> ALECTA		
<input type="checkbox"/> SPP		
Övrig skattepliktig inkomst:		
Sjukpenning		
Utländsk pension, utbetalas från:		
Pensionsförsäkring, utbetalas från:		
Inkomst av kapital (OBS! per år) Ränteinkomster, utdelning se räntebesked senaste årsskifte från bank.	Kr/år	Kr/år

Vänd för underskrift →

2. <input type="checkbox"/> Nej, jag vill inte lämna mina inkomstuppgifter och godkänner därmed högsta avgift för den service jag är beviljad = Maxtaxa. Kom ihåg din Underskrift på nästa sida.

Bostadsuppgifter

Hyrd bostad:.....kr/mån. Ingår el i hyran Ja Nej

Egen fastighet (Äger du inte fastigheten som du bor i, uppge endast bostadsytan)

Bostadsytakvm

Taxeringsvärde.....kr

Ränta på skuld, fastighetslån:.....kr/år

Övriga uppgifter

Arvode till God man (endast omsorgstagarens kostnad)

kr / år

Övriga upplysningar

Offentliga uppgifter kan komma att inhämtas från försäkringskassan, pensionsmyndigheten och skattemyndigheten vid behov av komplettering.
Lämnade uppgifter kommer att behandlas i enlighet med personuppgiftslagen, PuL, och överförs till vårt debiteringsregister.

Fullmakt

Nedanstående person har fullmakt att agera för min räkning i övrigt med frågor som berör mina avgifter inom vård och omsorg i Nordanstigs kommun.

Förnamn och efternamn

e-postadress

Bostadsadress

Telefon

Postnummer

Postort

Mobiltelefon

Underskrift (obligatorisk uppgift)

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om min skyldighet att snarast meddela ändrade förhållanden som kan påverka min avgift.

Datum, ort

Underskrift omsorgstagare

Behjälplig att fylla i blanketten, namn

Mobil- / telefonnummer

Blanketten skickas till:

Nordanstigs kommun
Box 56, Maxtaxan
820 70 BERGSJÖ