

ANSÖKAN OM

NEDSÄTTNING

EFTERSKÄNKNING
AV AVGIFTER

Datum då ansökan har anlänt	Mottagare	Ansökningssätt	<input type="checkbox"/> Kanslibesök	<input type="checkbox"/> Skriftligt
			<input type="checkbox"/> Hembesök	<input type="checkbox"/> Annat

Anvisningar För behandling av Er ansökan behöver vi följande verifikat:

- Kontoutdrag för de aktuella månader för vilka ansöks om efterskänkning av avgift
- Kontoutdrag för de två senaste månaderna för familjens samtliga konton
- Familjemedlemmarnas inkomstverifikat för de två senaste månaderna
- Verifikat på övriga inkomster, pensioner, arbetslöshetsdagpenning/arbetsmarknadsstöd/avgångsvederlag, moderskaps-/föräldrapenning, sjukdagpenning, militärunderstöd, bostadsbidrag, hemvårdsstöd, underhållsbidrag, studiestöd, övriga utbildningsstöd m.m.
- Hyreskvitto och verifikat på övriga boendeutgifter. Kvitto på bostadslåneräntor
- Övriga verifikat över utgifter som bör beaktas i beräkningen

Då verifikat saknas kan ansökningstiden bli längre.

Socialvårdsmyndigheten har teknisk anslutning till FPA:s förmånsregister och har rätt att kontrollera sökandes uppgifter (21 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården).

Socialvårdsmyndigheten har teknisk anslutning till Inkomstregistret och har rätt att kontrollera sökandes uppgifter (13 § i lagen om inkomstdatasystemet och 21 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården).

PERSONUPPGIFTER

SÖKANDE	Släktnamn	Förnamn	Personbeteckning
	Adress		Telefon
	E-post	Yrke	Arbetsgivare
	Medborgarskap	Modersmål	Betjäningsspråk
	Civilstånd	<input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Hemskillnad <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Skild <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Registrerat parförhållande	
MAKE /MAKA /SAMBO	Släktnamn	Förnamn	Personbeteckning
	Adress (om ej samma som sökande)		Telefon
	Yrke	Arbetsgivare	Medborgarskap
HEMMA- BOENDE BARN	Släktnamn	Förnamn	Personbeteckning
ÖVRIGA PERSONER SOM BOR I BOSTADEN	Släktnamn	Förnamn	Personbeteckning
UPPGIFTER OM BOSTADEN	<input type="checkbox"/> Ägarbostad <input type="checkbox"/> Tjänstebostad <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Bostadslös	Bostadens golvyta	m2
	<input type="checkbox"/> Hyresbostad <input type="checkbox"/> Underhyresbostad <input type="checkbox"/> Vårdhem <input type="checkbox"/> Annan	Antal rum	r + k
	<input type="checkbox"/> Tillfällig bostad <input type="checkbox"/> Hos föräldrarna <input type="checkbox"/> Bostadsrättslägenhet		

GRUNDLÄGGANDE UTKOMSTSTÖD

Har man ansökt om utkomststöd från Fpa?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har sökanden beviljats grundläggande utkomststöd från Fpa?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Beslutet har ännu inte ankommit
Utkomststöd som är beviljat av Fpa €	ELLER inkomstöverskott i beräkningen €		

Kopia av eventuell utkomststödsberäkning som gjorts av FPA för den månad inom vilken avgiften skall betalas bifogas.

Jag ansöker om nedsättning / efterskänkning av följande avgifter:

Motiveringar (bifoga behövliga verifikat):

<input type="checkbox"/>	Man får kontakta mig per e-post trots att Raseborgs stads e-posttrafik inte är skyddad. Jag är medveten om eventuella risker när personuppgifter och övriga hemliga uppgifter skickas via oskyddad e-post. (Personuppgiftslagen § 8,9,12).
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Jag ger mitt samtycke till att sociala myndigheter får ta kontakt med andra myndigheter vid behandling av mitt ärende.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Jag vill reservera tid för samtal till socialarbetare/socialhandledare inom vuxensocialarbete för att få handledning och utlåtande om de sociala omständigheter som kan påverka min betalningsförmåga.
--------------------------	--

DATUM OCH UNDERSKRIFT	
Ansökan som inte är undertecknad kan inte behandlas. Bristfällig ansökan förlänger behandlingstiden.	
Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är sanningsenliga och förbinder mig att meddela om förändringar i dem.	
Raseborg ____ . ____ 20 ____	Sökandes underskrift

Besöksadress: Raseborgs stad Raseborgsvägen 37 10650 Ekenäs	Postadress: Raseborgs stad Social- och hälsovårdssektorns administration PB 18 10611 Raseborg	förnamn.efternamn@raseborg.fi telefonväxel 019 289 2000
---	--	---