



## Inkomstförfrågan

För avgifter inom äldreomsorgen och personer med funktionsnedsättning

### Personuppgifter vårdtagare

### Hemmaparande make/maka/sambo

Personnummer	Personnummer
Efternamn	Efternamn
Förnamn	Förnamn
Gatuadress	Gatuadress (om ej samma)
Postadress	Postadress
Telefon	Telefon

**Särskilt boende i kommunen** -ange var du bor eller kommer att bo.

Äldreboende:  Hagalid  Edsgärdet

Serviceboende:  Linden

Jag/vi godkänner maxtaxan och lämnar ej inkomstuppgifter

Inkomster (innevarande år) kr/mån	Vårdtagaren		Make/maka/sambo	
	Före skatt	Prel. skatt	Före skatt	Prel. skatt
Försäkringskassan (Pensioner)				
Tjänstepension (SPV)				
Kompletteringspension (KPA)				
Alecta, STP eller AMF				
Annan pension utbetalas från:				
Pensionsförsäkring/kapitalförsäkring				
Utlandspension				
Livränta (skattepliktig)				
Livränta (ej skattepliktig)				
Inkomst av tjänst (t.ex. sjukpenning)				
Inkomst av näringsverksamhet				
Övrig inkomst:				

Inkomst av kapital	kr/år	kr/år
--------------------	-------	-------

Redovisningen gäller endast inkomst av kapital före **skatt** på; bankkonton, aktier, fonder och övrig inkomst av kapital per den 31/12 föregående år. Bifoga kopia på föregående års deklaration.

Tfn 0534 - 19 000 (växel)  
Tfn 0534 - 190 36 (direkt)

**Boendekostnad** för dig som bor i hyreslägenhet

<b>Hyra kr/månad</b>	<input type="checkbox"/> Hushållsel ingår i hyran
<b>Värmekostnad</b>	<input type="checkbox"/> ingår i hyran <input type="checkbox"/> debiteras separat..... kr/månad <input type="checkbox"/> Avgift kabeltv ingår med..... kr/mån

**Boendekostnad eget hus eller bostadsrätt**

Fastighetslån (skuldbelopp)	kr	Räntesats i %	Ägarandel
Taxeringsvärde	kr	Driftskostnader	kr/mån
Boyta	kvm		
Inkomst av uthyrning	kr/mån		

Om ni enbart anger de **obligatoriska uppgifterna** Taxeringsvärde och Bostadsyta kommer ett schablonbelopp för er boendekostnad att användas som underlag.

**Har du ansökt om bostadstillägg?**

<input type="checkbox"/> Ja, beviljat belopp:	kr/mån	Make/maka/sambo	kr/mån
<input type="checkbox"/> Ja, men fått avslag.	<input type="checkbox"/> Ja, men ej fått besked. Ange datum för ansökan.	<input type="checkbox"/> Nej	

**Övrigt**

Kostnad för god man	kr/mån
Minderåriga barn födda år:	

**Övriga upplysningar:**

--

**Räkningsadress** (om annan än bostadsadress)

C/O	Gatuadress
Postadress	Telefon

**Underskrift**

Jag samtycker till att kommunen får inhämta uppgifter från Försäkringskassan angående mina inkomster, behandla uppgifterna för avgiftsuttag, samt försäkrar att alla uppgifter jag lämnat angående mina inkomster är fullständiga och sanningsenliga. Ni uppmärksammas på att felaktiga uppgifter kan leda till ansvar och att ni måste lämna in en ny blankett om era inkomster eller utgifter förändras under året. Lämnade personuppgifter kommer att behandlas för avgiftsuttag av hemtjänstinsatser i ordinarie och särskilt boende enligt PUL § 10 a.

Datum	Namnteckning vårdtagare	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning make/maka/sambo	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning ombud/god man	Namnförtydligande

**Insändes till: "Inkomstuppgifter VoO"**  
**Dals-Eds kommun**  
**Box 31**  
**668 21 Ed**