

Inkomstförfrågan för fastställande av avgift inom vård och omsorg



Vård och omsorgsförvaltningen
Avgiftshandläggare, tel. 0225 – 340 07

Se bifogad anvisning om hur du/ni
fyller i blanketten. Bifoga handlingar
som styrker dina/era uppgifter.

(om du är gift/sambo, kryssa i rätt ruta och fyll även i dennes personuppgifter)

<u>Personuppgifter</u>	Egna	<input type="checkbox"/> Make/maka	<input type="checkbox"/> Sambo
Namn:	_____	_____	_____
Personnummer:	_____	_____	_____
Telefonnummer:	_____	_____	_____
Adress:	_____	_____	_____
Fakturaadress:	_____	_____	_____

(om fakturan skall skickas till annan än dig, **bifoga fullmakt**)

<u>Inkomster (före skatt)</u>	Egna	Make/maka (ej sambo)
Garantipension:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Tilläggs pension (ATP):	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Kommunal pension (KPA):	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Statlig pension (SPV):	_____ kr/mån	_____ kr/mån
SPP/AMF-pension:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Efterlevandepension:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Utländska pensioner:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Övriga privatpensioner:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Livränta (skattepliktig):	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Äldreförsörjningsstöd:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Inkomst av tjänst:	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Inkomst av näringsverksamhet:	_____ kr/år	_____ kr/år

(För uppgifter om inkomster enligt ovan, bifoga kopia av dina/era utbetalningsavier / lönespecifikationer.
Inkomst av näringsverksamhet uppskattas för innevarande år, bifoga även kopia av senaste deklaration)

<u>Över-/underskott av kapital</u>	Egna	Make/maka (ej sambo)
Överskott (räntor, utdelning mm): (på kapital, aktier, obligationer mm)	_____ kr/år	_____ kr/år
Underskott (utgiftsräntor mm):	_____ kr/år	_____ kr/år
Skatt på över-/underskott:	_____ kr/år	_____ kr/år

(Uppgifter skall anges per den 31/12 föregående år, bifoga kopia av dina/era kontrolluppgifter)

<u>Skattefria bidrag/ersättningar</u>	Egna	Make/maka (ej sambo)
Ange typ av bidrag: _____	_____ kr/mån	_____ kr/mån

(t ex studiebidrag, den del av stipendier som överstiger 3.000 kr)

För din information vill vi meddela att dina personuppgifter används för att kunna administrera din avgift.
Hedemora kommun, Omsorgsnämnden, behandlar blankettens personuppgifter med hjälp av IT (dator).

VÄND!

Bostadstillägg/bostadsbidrag (Bifoga handlingar som styrker dina/era uppgifter)

Har du/ni ansökt om bostadstillägg/-bidrag från Försäkringskassan? (kryssa i ruta och fyll i belopp)

- Ja, jag/vi får _____ kronor/månad i bostadstillägg/-bidrag.
- Ja, men jag/vi är inte berättigade (får inget bostadstillägg/-bidrag). (Bifoga kopia på avslag)

Bostadskostnad för permanentbostad (Bifoga handlingar som styrker dina/era uppgifter)Hyra *hyresrätt* (inkl värme,exkl hushållsel): _____ kr/mån (Bifoga kopia på hyresspecifikation)Avgift *bostadsrätt* (inkl värme,exkl hushållsel): _____ kr/mån (Bifoga kopia på bostadsrättsavgift)

Räntekostnad för bostadsrätt: _____ kr/år (ej amortering) (Bifoga kopia på skuldebrev/låneavi)

Småhus/villa (ej fritidshus) (Bifoga kopia av låneavi och senaste fastighetstaxeringsbeslut)

Fastighetsbeteckning: _____ Taxeringsvärde: _____ kr

Räntekostnad exkl ev räntebidrag: _____ kr/år (ej amortering) Skuldbelopp: _____ kr

Bostadsyta, m² (ej biyta): _____ kvadratmeter (enligt senaste fastighetstaxeringsbeslut)

Hyr du/ni ut någon del av din/er bostad till någon som inte är nära anhörig? (kryssa i ruta och fyll i yta)

- Ja, ange hur stor del av bostadsytan som hyrs ut _____ kvadratmeter Nej

För vissa bostäder gäller särskilda regler. Kryssa i nedanstående ruta om du/ni bor i

- andelshus, eget tvåfamiljshus/flerfamiljsfastighet, eget/arrenderat småhus på lantbruksenhet
(beskriv vilken typ av bostad du/ni bor i under särskilda upplysningar nedan)

Ange om Du har merkostnader (typ av utgift)**Belopp**

<u>Ange om Du har merkostnader (typ av utgift)</u>	Belopp
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Bifoga handlingar som styrker dina uppgifter, t ex kopia på kvitton, räkningar, läkarintyg etc)

Särskilda upplysningar

Underskrift

(Hedemora kommun förbehåller sig rätten att kontrollera lämnade uppgifter)

Ort och datum

Egen underskrift

Make/makas/sambos underskrift

Behjälplig vid lämnande av dessa uppgifter har varit:

Namn

Telefonnr (även riktnr)

När blanketten är ifylld skickar du/ni den till

Hedemora kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, Box 201, 776 28 HEDEMORA