

**INKOMSTFÖRFRÅGAN 2023**  
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.

### Ej inkomstprövning

Jag avstår från att lämna inkomstuppgifter och accepterar att betala avgiften enligt kommunens taxa. OBS! Underskrift på sidan 2.

### Inkomstprövning

Gift, bor tillsammans <input type="checkbox"/>	Gift, make/maka bor på annan adress <input type="checkbox"/>	Sambo <input type="checkbox"/>	Ensamstående <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)		
Övriga inkomster (livränta, sjukersättning, underhållsstöd etc)		
Inkomst av tjänst (ej pension)		
Inkomster (ej skattepliktiga äldreförsörjningsstöd, bostadstillägg, bostadsbidrag/BOB etc)		
Inkomst av näringsverksamhet per år (bifoga kopia av deklaration)		
Jag har ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Min make/maka har ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Kapitalinkomster före skatt, per år		Omsorgstagare	Make / Maka
Ränteinkomster, utdelning aktier/fonder			
<b>Uppgifter om boendekostnad</b>			
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		Ingår 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			
Jag / vi har sökt bostadstillägg		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, men fått avslag
<b>Fördyrade levnadskostnader</b>			
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)			
<b>Annan mottagare</b>			
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		
<b>Underskrift</b>			
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	