

Notera att denna blankett avser uppgifter som lämnas månadsvis för januari till och med november. Uppgifterna avser den kalendermånad som biståndet gäller för.

Kommun**Det år som uppgifterna avser****Den månad som uppgifterna avser****Antal barn yngre än 16 år som tillhör hushållet****Födelseår för hemmavarande barn yngre än 16 år**

Barn 1	Barn 2	Barn 3	Barn 4	Barn 5	Barn 6	Barn 7	Barn 8	Barn 9	Barn 10	Barn 11	Barn 12	Barn 13	Barn 14	Barn 15

Till hushållet *totalt* utbetalt ekonomiskt bistånd, summa kronor

(försörjningsstöd + ekonomiskt bistånd för livsföringen i övrigt)

Till hushållet utbetalt försörjningsstöd, summa kronor

Därav försörjningsstöd för tillfälliga boendeformer, t.ex. hotell, vandrarhem, härbärge och husvagn, summa kronor

(För att ett belopp ska kunna anges krävs att det finns ett särskilt biståndsbeslut.)

Ekonomiskt bistånd för livsföringen i övrigt, summa kronor

(Om det inte är möjligt att ange belopp, markera med kryss i stället.)

Hälso- och sjukvård	
Tandvård	
Elskulder	
Hyresskulder	
Övriga skulder	
<i>Annat</i>	

(För att ett belopp ska kunna anges krävs att det finns ett särskilt biståndsbeslut.)

Medlemmar i hushållet, 16 år eller äldre, som omfattades av biståndsbeslutet vid senaste utbetalningstillfället

Status i hushållet	Personnummer				Flykting eller annan utlänning ²	Om ofullständiga personnummer, ange		
	Födelseår	Mån	Dag	Nr		utrikesfödd	kön	ålder
Registerledare ¹					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	
Maka/Make/Reg. partner/Sambo					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	
Övrig hushållsmedlem					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	
Övrig hushållsmedlem					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	
Övrig hushållsmedlem					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	
Övrig hushållsmedlem					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	
Övrig hushållsmedlem					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna	

¹ Ange den person i hushållet i vars namn det ekonomiska biståndet har registrerats.

² Enligt 5 § förordningen (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar och 3 § förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

Försörjningshinder för registerledare och medsökande

(Sätt ett kryss endast vid det huvudsakliga försörjningshindret för registerledaren respektive medsökanden.)

	Registerledare	Medsökande
Arbetslös		
Otillräcklig ersättning		
Väntar på ersättning		
Ingen ersättning		
Flykting alt. anhörig i introduktion		
Sjukskrivna med läkarintyg		
Otillräcklig sjukpenning		
Väntar på sjukpenning		
Ingen sjukpenning		
Sjuk- eller aktivitetsersättning		
Otillräcklig ersättning		
Väntar på ersättning		
Arbetshinder, sociala skäl		
Föräldraledig		
Otillräcklig föräldrapenning		
Väntar på föräldrapenning		
Arbetar deltid, ofrivilligt		
Otillräcklig inkomst		
Väntar på inkomst		
Arbetar heltid		
Otillräcklig inkomst		
Väntar på inkomst		
Språkhinder (avser person som avslutat sin introduktionsperiod)		
Utan försörjningshinder		
Annat försörjningshinder		
<i>Specificera</i>		